

介護支援専門員手引書 《在宅版》



福岡市

福岡市介護支援専門員手引書（在宅版）

目次

第1章 介護保険制度と介護支援専門員の業務への理解	2
第1節 介護保険制度における介護支援専門員の業務	3
～補いましょう！～	
第2章 介護支援専門員の機能とケアマネジメント	9
第1節 信頼される介護支援専門員になるために(相談機能)	10
☐ 地域の方々とのつながり	
☐ 出会い	
☐ 対応の好感度	
☐ 相談・面接	
第2節 目標は利用者および家族の自立を支援することに	16
(プランニング機能)	
☐ ニーズの検討	
☐ 目標の検討	
☐ 援助内容（サービス）の検討	
☐ 利用者を取り巻く社会資源	
第3節 効率的なサービスを提供するために	26
(マネジメント機能・調整機能)	
☐ モニタリング	
☐ 再課題分析（再アセスメント）の実施	
第4節 個人情報責任をもって取り扱うために(守秘義務と情報提供)	28
☐ 個人情報の取り扱い	
☐ 守秘義務	
☐ 利用目的の明確化	

第3章 介護支援専門員の実務..... 30

第1節 居宅サービス計画 31

- ☐ 居宅サービス計画書とは？
- ☐ 居宅サービス計画の流れ
- ☐ 作成解説およびポイント

第2節 給付管理業務 45

- ☐ 請求から支払いまでの流れ
- ☐ 国保連合会への請求方法等について
- ☐ 請求する前にもう一度チェックしましょう
- ☐ 給付管理 Q&A
- ☐ 過誤調整について

第3節 記録の整備 60

- ☐ 記録を整備しましょう
- ☐ 苦情の内容等の記録（福岡市の相談・苦情対応の体制）
- ☐ 事故の状況及び事故の際に採った処置についての記録

第4節 地域包括ケアシステムを支えるケアマネジメントについて 68

- ☐ 地域包括ケアシステムとは？
- ☐ 先輩からの対応のヒント
 - ・ 単身高齢者や認知症高齢者への対応のポイント
 - ・ 医療との連携のポイント
 - ・ 地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて
 - ・ 基本的なケアマネジメントの経験談について
 - ・ 主治医との連絡用様式（福岡市医師会版）

第4章 福岡市の介護支援専門員支援体制..... 89

第1節 福岡市の介護支援専門員支援体制 90

- ☐ 地域包括支援センターの役割
- ☐ 高齢者虐待チェックシート

第2節 ケアマネジメントの自己評価 93

- ☐ 自己のケアマネジメントを振り返ってみましょう

説明しましょう！

介護支援専門員は、マネジメント業務を行います。介護保険を利用される方がサービス利用のため、最初に出会う窓口です。そのため、介護保険制度や介護支援専門員としての役割や業務を説明することが求められます。

● **チェック1** から、利用者に説明する項目を示しています。

||| **チェック1** → 介護保険制度の基本理念について

キーワード → ページ

- ☐ 介護の社会化
- ☐ 利用者主体（権利）
- ☐ 自立支援

||| **チェック2** → 介護保険制度利用の条件

キーワード → ページ

- ☐ 保険者・被保険者
- ☐ 要介護状態
- ☐ 要介護認定

||| **チェック3** → 介護保険制度の給付の条件

キーワード → ページ

- ☐ 居宅サービス計画
- ☐ 居宅介護支援
- ☐ 居宅介護サービス計画費
- ☐ 居宅介護サービス費（介護報酬）
- ☐ 給付管理

||| **チェック4** → 介護支援専門員の役割と秘密保持

キーワード → ページ

- ☐ 利用者支援
- ☐ 社会的公正
- ☐ 秘密の保持

第1章

介護保険制度と介護支援専門員の業務への理解

第1節 介護保険制度における介護支援専門員の業務 ～補いましょう！～

第1節 介護保険制度における介護支援専門員の業務への理解 ～補いましょう！～

説明するに当たっては、一方的に情報を提供することではなく、理解していただくことが目的です。そのため、利用者や介護者の状況に合わせたコミュニケーションの方法や媒体の工夫が必要です。

説明1 介護保険制度の基本理念について

◆ 介護保険って、なあに？

介護保険制度は、家族構成、家族の介護力、所得水準にかかわらず、社会的なシステムとして介護を行おうとするものです《介護の社会化》。以前の福祉サービスと異なり、社会保険方式にしたことから、市民は、保険料負担を条件に、要介護の程度に応じて自らが選択する介護サービスを受ける権利を持っています《利用者主体》。

（目的）

介護保険法第1条

この法律は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

◆ 介護保険がめざすものは？

介護保険制度は、利用者が住み慣れた地域で自立した尊厳のある生活を営むことをめざしています。主役は、あくまでも利用者・ご家族であり、その方々の身体的・精神的自立を社会的に支援することが、介護サービスの目標です《自立支援》。

（介護保険）

介護保険法第2条

介護保険は、被保険者の要介護状態または要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

説明2 介護保険制度利用の条件

◆ どんな人が利用できるの？

介護保険制度は、福岡市が運営します《保険者》。40歳以上の方が加入者となって保険料を納めます《被保険者》。介護保険を利用するには、被保険者であることが前提となります。

(保険者)

介護保険法第3条

市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保険を行うものとする。

2 市町村及び特別区は、介護保険に関する収入及び支出について、政令で定めるところにより、特別会計を設けなければならない。

(被保険者)

介護保険法第9条

次の各号のいずれかに該当する者は、市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）が行う介護保険の被保険者とする。

- 一 市町村の区域内に住所を有する六十五歳以上の者（以下「第一号被保険者」という。）
- 二 市町村の区域内に住所を有する四十歳以上六十五歳未満の医療保険加入者（以下「第二号被保険者」という。）

被保険者が身体上または精神上の障がいにより介護や支援が必要な状態《要介護状態等》となったとき、区保健福祉センター福祉・介護保険課に申請し、認定《要介護認定》をうけます。認定がされたときには、利用料の一部を支払って、介護サービスを利用することができます。

(定義)

介護保険法第7条

この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）をいう。

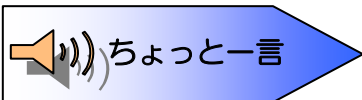
2 この法律において「要支援状態」とは、身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要支援状態区分」という。）のいずれかに該当するものをいう。

(市町村の認定)

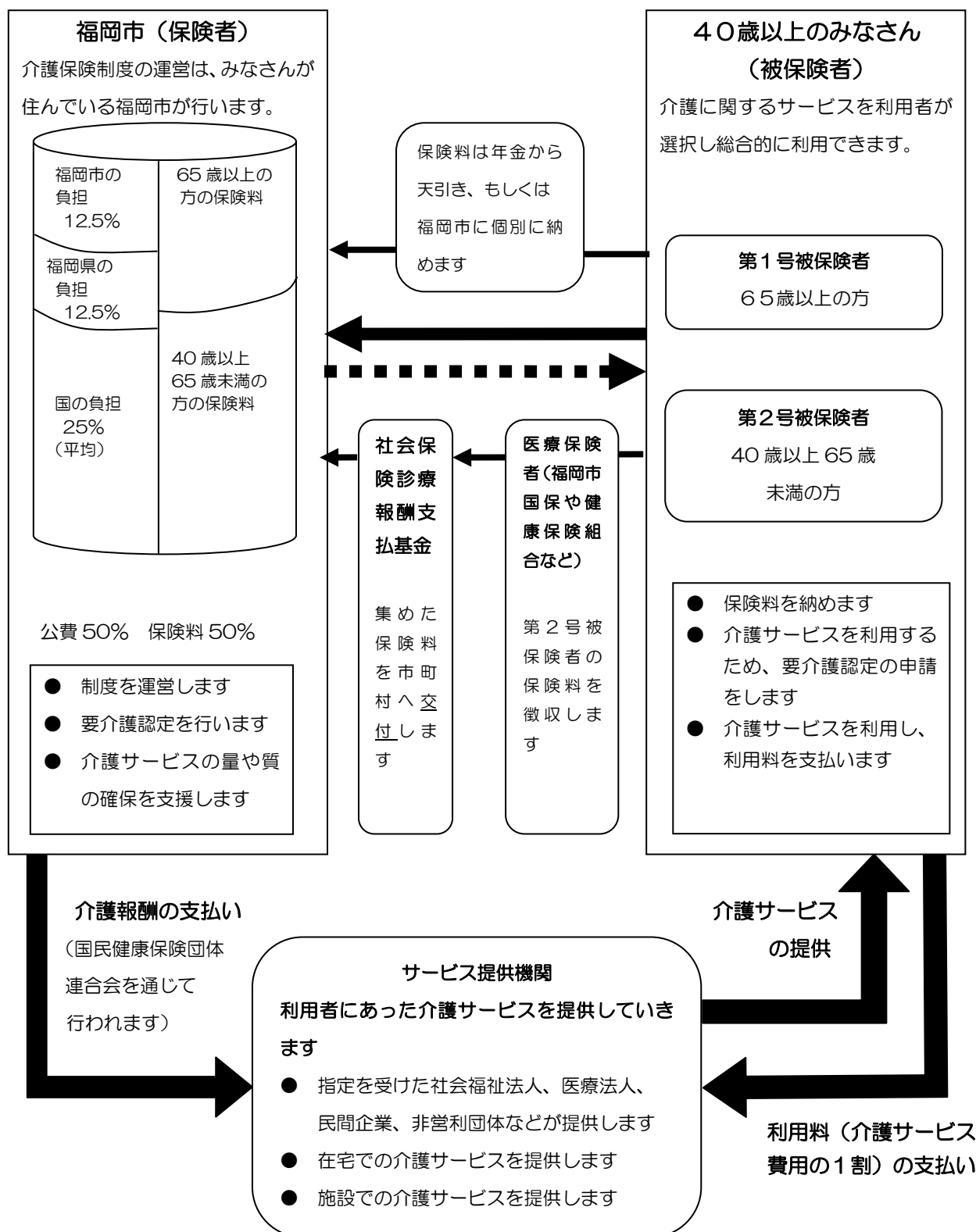
介護保険法第19条

介護給付を受けようとする被保険者は、要介護者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について、市町村の認定（以下「要介護認定」という。）を受けなければならない。

2 予防給付を受けようとする被保険者は、要支援者に該当すること及びその該当する要支援状態区分について、市町村の認定（以下「要支援認定」という。）を受けなければならない。



—介護保険制度の仕組み—



説明3 介護保険制度の給付の条件

◆ サービス利用の手続きは？

要介護状態になった場合、自立した生活を送るためには保健・医療・福祉のサービスが総合的に必要となります。しかし、それがバラバラに提供されたら、利用者が混乱したりサービスが重複するなど、効率も悪くなります。介護保険では、そのようなことがないように、サービス利用の全体計画《居宅サービス計画》をもとにサービスを提供する制度になっています。

介護支援専門員は、「居宅サービス計画」を利用者から依頼を受けて作成します。介護支援専門員は、利用者がどんな生活を送りたいか、そのためにどんなサービスが必要かを利用者と共に考え、計画を作成します。さらに、必要なサービスが適切に提供されるように、サービス事業者などと連絡調整を行います《居宅介護支援》。居宅介護支援に要した費用は、全額介護保険《居宅介護サービス計画費》から支払われます（利用者負担はありません）。

介護保険法第8条第23項

この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者等が第41条第1項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この項（中略）において「居宅サービス計画」という。）を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、並びに当該居宅要介護者が地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への入所を要する場合にあっては、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。

介護保険法第46条第1項

市町村は、居宅要介護被保険者が、都道府県知事が指定する者（以下「指定居宅介護支援事業者」という。）から当該指定に係る居宅介護支援事業を行う事業所により行われる居宅介護支援（以下「指定居宅介護支援」という。）を受けたときは、当該居宅要介護被保険者に対し、当該指定居宅介護支援に要した費用について、居宅介護サービス計画費を支給する

◆ 介護サービスの費用は？

介護サービスの費用は、利用者の要介護度に応じて上限額（区分支給限度基準額）があります。介護サービスを利用した場合、実際の費用が上限額より低い場合は、実際の利用料の9割が福岡市（保険者）から国民健康保険団体連合会を通じてサービス事業者を支払われます《居宅介護サービス費》。つまり、利用者は、利用料として費用の1割を負担《利用者負担》してサービスを受けることになります。なお、上限額を超えるサービスを利用する場合は、超える部分の費用は全額自己負担となります。

介護支援専門員は、介護サービスが居宅サービス計画に沿って提供されているかを見極めると同時に、これらの費用を振り分ける管理もしています《給付管理》。

介護保険法第46条第4項

居宅要介護被保険者が指定居宅介護支援事業者から指定居宅介護支援を受けたとき（当該居宅要介護被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、当該指定居宅介護支援を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出ている場合に限る。）は、市町村は、当該居宅要介護被保険者が当該指定居宅介護支援事業者を支払うべき当該指定居宅介護支援に要した費用について、居宅介護サービス計画費として当該居宅要介護被保険者に対し支給すべき額の限度において、当該居宅要介護被保険者に代わり、当該指定居宅介護支援事業者を支払うことができる。



べんり帳

居宅サービス計画書作成解説及びポイント … 第3章第1節 32ページ～

◆ 介護支援専門員ってどんな人？

介護支援専門員は、保健・医療・福祉サービスを総合的、効率的に提供されるための計画を作成する専門職です。一定の実務経験を持ち、実務試験に合格し、所定の研修を修了しています。

介護支援専門員は、利用者が自立した尊厳のある生活が送れるように、専門的立場から介護のサービスや情報を紹介し、利用者の相談にのることが役割です。具体的には、居宅サービス計画作成において介護サービスの目標と内容を決めたり、サービス事業者の選択に関わったり、モニタリングによりサービスの調整や評価をします。それらを通して、利用者の障がいの予防や悪化防止、生活の拡大を目指します《利用者支援》。介護支援専門員は、事業所に属し、利用者との契約によって仕事をしていますが、利用者とは各サービス事業者の調整役として“中立性”が求められます。利用者の利益になるからと、不正はもちろん、社会的に見て公正と思われなことを教えたり、認めたりすることは許されません《社会的公正》。

（基本方針）

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（厚生省令第38号）

第1条第3項

指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等（法第8条第23項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

◆ 秘密は守られますか？

介護支援専門員は、利用者や家族の秘密を守る義務があります。これは、法律でも規定され、反すると罰せられます。利用者の利益になる情報の場合であっても、事前に必ず利用者や家族の了解を得ることになっています（秘密の保持）。

（基本方針）

福岡市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例施行規則

条例第23条

第1項 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

第3項 指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

第2章

介護支援専門員の機能とケアマネジメント

第1節 信頼される介護支援専門員になるために（相談機能）

- ☐ 地域の方々とのつながり
- ☐ 出会い
- ☐ 対応の好感度
- ☐ 相談・面接

第2節 目標は利用者および家族の自立を支援することに（プランニング機能）

- ☐ ニーズの検討
- ☐ 目標の検討
- ☐ 援助内容（サービス）の検討
- ☐ 利用者を取り巻く社会資源

第3節 効率的なサービスを提供するために（マネジメント機能・調整機能）

- ☐ モニタリング
- ☐ 再課題分析（再アセスメント）の実施

第4節 個人情報責任をもって取り扱うために（守秘義務と情報提供）

- ☐ 個人情報の取り扱い
- ☐ 守秘義務
- ☐ 利用目的の明確化

第1節 信頼される介護支援専門員になるために (相談機能)

◆ 地域の方々とのつながり

介護支援専門員の活動の場は、「地域」です。自分が活動する地域の状況を知り、積極的に地域に向かって自分たちの存在をPRしていくことが大切です。また、何らかのサービスを必要としているのに利用する術を知らない方への介護保険制度の周知も、介護支援専門員の大切な役割です。日頃から地域に足を運びアンテナを張って、地域の方々とコミュニケーションをとり、介護支援専門員の役割を理解してもらいましょう。

つながりがうまくいくコツ

- ・ 地域内の社会資源、相談窓口で活動する人々と関係づくりをしておきましょう。
- ・ 地域の自治会、民生委員、等の活動等を把握しておきましょう。
- ・ 日頃から地域の活動に参加して、介護支援専門員の活動をPRしておきましょう。
- ・ 地域の人や既利用者に、相談のある（必要な）人がいないかと呼びかけておきましょう。
- ・ 常に住民から情報が入る窓口や、電話相談を受ける態勢を整えておきましょう。

◆ 出会い

介護保険の利用者の大半は、人生の大先輩。人を見る目は鋭いものがあります。初対面のあなたを、さりげなく評価しています。介護支援専門員は、自らの態度を常に意識することが必要です。第一印象は、その人のもつ雰囲気です。

出合いがうまくいくコツ

- ・ 専門職らしい、清潔感のある服装をしましょう。
- ・ あいさつは、明るくていねいにしましょう。
- ・ 上でもなく下でもなく、まっすぐ視線を合わせましょう。
- ・ 話しかけるときは、利用者の耳に心地よく響く敬語を用いて、ていねいな言葉にしましょう。
- ・ 「私を選んでくれてありがとう」という態度で接しましょう。

ワンポイント

出合いは、これからの療養生活や介護について利用者・家族・介護支援専門員の三者で作り上げるための大切な場面です。先行きを不安にさせないため、相手にあなたの存在を伝えることも必要です。「私は、長い間看護師をしてきまして、たくさんの方の療養生活をお手伝いしてきたんですよ」と、さりげなく自己アピールするのも一つの方法です。

◆ 対応の好感度

利用者は、相談を受ける側と接しているときは、自分に対しての純粋な関心と友好的な態度や反応に敏感な感受性を持っています。相談を受ける側は、絶えず自己啓発を積み重ねつつ、人として成長していくことがのぞましいです。

好感度をあげるコツ

- ・ 話すときは目線の高さを常に相手に合わせましょう。
- ・ 相手との距離の取り方（近すぎても遠すぎてもダメ）に注意しましょう。
- ・ 高齢者のゆったりしたペースに合わせた聴き方、話し方をしましょう。
- ・ 言葉を発語する際、音の強弱、長短、抑揚に気をつけましょう（発話する際、語頭や語尾を不自然に強めると、マイナス感情に伝わります）。
- ・ 難聴がある場合、相手が聞きやすい側で会話をしましょう。
- ・ 資料や媒体は、わかりやすく工夫しましょう。
- ・ 態度、身振り、手振りに加え、五感をフルに働かせて、あなたの熱意を伝えましょう。

ワンポイント

バイスティックの7原則

1. 個別化の原則

…利用者の直面する問題を個別的に理解しましょう。「この人の場合は」という視点がポイントです。

2. 意図的な感情の表出の原則

…利用者の気持ちを敏感に読みとりましょう。否定的/肯定的感情を言語にして表現できるようアプローチすることも大切です。

3. 統制された情緒的関与の原則

…介護支援専門員自らの表情や態度をコントロールする能力が求められます。

4. 受容の原則

…利用者の気持ちをわかろうとする気持ちが不可欠です。

5. 非審判的態度の原則

…介護支援専門員自らの価値基準や道徳規範から利用者のことを評価しない態度を保つことが重要です。

6. 自己決定の原則

…主役は利用者です。利用者自身で自分が直面する問題を解決できるように、利用者の判断・決定を尊重しましょう。

7. 秘密保持の原則

…利用者の秘密を守ることによって、信頼を得ることができます。利用者に秘密遵守を十分に説明しましょう。

（足立 勲 他共編「ソーシャル・ケースワーク対人援助の臨床福祉学」より）

◆ 相談・面接

あらゆる対人サービスにおいて、面接は基本的な技能です。介護支援専門員が日常的に行っている面接は、援助を行う上で相手を知るための基本的な機能です。



相談・面接がうまくいくコツ

- ・ 安心して話せる雰囲気を作りましょう。
- ・ 相談にどれだけ時間がかけられるか、どの位の時間で相談可能なのか、相手と調整しておきましょう。
- ・ 誰が相談者なのか、相談者との関係を把握しておきましょう。
- ・ 利用者が主人公、介護支援専門員は支援する脇役という役割を理解しましょう。
- ・ 相談者の状況だけでなく、感情も理解しましょう。
- ・ 地域の社会資源の情報を常に収集・整理し、求めに応じられる準備をしておきましょう。



ワンポイント

介護支援専門員が行う面接技法

- ◎ 調査面接
…資料を収集し、問題を明らかにするための面接です。取り調べるといった態度ではなく、相手を理解するための情報収集と考えて行うことが大切です。
- ◎ インテーク面接（受理面接）
…利用者の要求がその施設・サービスで応え得るものかを判断し、利用者に内容や役割を説明して、支援実施の承諾を得るための面接です。
- ◎ 相談的面接
…相手が問題解決のために援助を求めてくる場合、一緒に考え問題を解決していこうとする面接です。相手がどのような気持ちにいるかを受け止め、ニーズを把握し、相手を内面的に理解していこうという働きが展開されることが大切です。

☎ 電話の場合

相談者は、さまざまな悩みや不安をかかえて電話をかけてきます。電話では、相手の表情や態度など、視覚的な情報を得ることが出来ません。そのため、相手の声の様子から感情の側面を把握できるように努力することが必要です。

電話対応のポイント

- まずは相手に自分の事業所名と名前を名乗り、「今、お時間よろしいですか」などと話しかけ、気を配りましょう。
- 顔が見えなくても、心理的な状況は声を通して相手に伝わります。常にプロとしての自覚を持ち、相手が目の前にいるつもりで話をしましょう。
- 声の強弱、語尾の伸ばしや上がり下がり、あいづちで、「あなたのおっしゃることはよくわかります」「理解しましたよ」ということを伝え、安心させながら話をしていきます。
- 正しい言葉づかいで丁寧に話しましょう。特に高齢者の場合は、適度な早さで語尾をはっきり、声の大きさにも配慮しましょう。
- 電話内容に集中すると、つい声が大きくなったりします。相手の情報が漏えいすることがないように、周囲の状況や声の大きさに気をつけましょう。
- 名前、サービス内容、固有名詞等は、繰り返し確認しましょう。
- 電話には、電話料金が発生します。用件は要領よく簡潔に済ませましょう。用件の言い忘れがないか、メモを用意しておいてもよいでしょう。
- 電話中は、必ずメモをとりましょう。
- 電話対応の良し悪しが、自分自身だけでなく事業所の評価になることを十分認識しましょう。

窓口の場合

介護者の相談は、個別的な問題を扱います。介護支援専門員が情報を上手く聞き出すのではなく、利用者が上手く話せるように環境を整備し、話しの道筋を整える必要があります。

窓口対応のポイント

- ・ プライバシー保護の配慮をしましょう。職員や通行人から離れた、できれば面接室で話をしましょう。
- ・ 人の話し声やテレビ等の雑音がない、静かな環境を整えましょう。
- ・ 常に来所者の相談に応じられる体制を持っておきましょう。

ワンポイント

座る位置によって、相談者の緊張が異なります。事業所の面接室は、
どうですか？

【 対面に座った場合】

相談者の緊張が高まる位置です。



【90 度の位置に座った場合】

相談に適した、通常良く用いられる位置です。



【 並列に座った場合】

リラックスできますが、相談者の反応が見えにくい位置です。





家庭訪問の場合

利用者の生活の場を訪問することは、介護支援専門員の欠かせない業務です。支援が必要な状態だからこそ、専門機関まで移動してくることに困難さがあります。家庭訪問は、専門機関まで到達できない人と出会うと同時に、会話だけで得られない生活の情報を得る、有効な方法です。



家庭訪問のポイント

- ・ 訪問の予約を取りましょう。
- ・ 利用者にとって、他人である介護支援専門員の訪問は、過度の緊張を与えることにもなり得ます。訪問予約の段階で、あらかじめ目的、解決すべき事項などについて伝えておきましょう。
- ・ 服装や持ち物を意識しましょう。説明のパンフレットや記録用紙を入れるバッグも適切な大きさと機能を工夫しましょう。
- ・ 状況によっては、専門家、家族、第三者といった同伴者を選択しましょう。

介護支援専門員の訪問グッズ

- … 必ず備えておく物
- 身分証（資格者証、または事業所発行の身分証）
 - 名刺
 - パンフレット（介護保険の紹介、サービス一覧、事業者一覧など）
 - 申請書類一式
 - 電卓
 - 筆記具、下敷き
 - メジャー
 - 携帯電話
 - 朱肉
- …あると便利なもの
- 靴下の予備、携帯の上履き
 - 懐中電灯
 - ウェットティッシュ
 - ビニール袋



ワンポイント

家庭訪問の場合、茶菓子やお土産を用意されることもあります。信頼関係を保つため状況の判断も必要ですが、次の訪問にも茶菓子を用意しなければいけないと負担に思わせることにもつながります。相手の気持ちを受け取りつつも、丁寧におことわりをしましょう。

なお、金銭に関与する授受は厳禁です。



ワンポイント

訪問では、たとえ会話がなくても得られる情報は膨大です。会話では、観察で得られた情報の裏づけをとりながら、日常生活の流れを確認したり、心配や不安を具体的に捉えていきましょう。

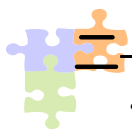
日常生活が推測できるものの例

家屋の整備状態、庭の花、玄関の靴、居間の飾り、台所の鍋、寝室の布団、写真、洗濯物の有無、散らかり具合、玄関の段差や道路までの道、日当たりや騒音

第2節 目標は利用者および家族の自立を支援することに（プランニング機能）

◆ ニーズの検討

利用者の相談は、困りごとに直面してからが殆どです。困ったときに対応してもらえることが、何よりの信頼につながります。できるだけ早く家庭訪問をして、利用者の生活を理解していきましょう。また、ニーズは必ずしも利用者が語ることでなく、利用者自身も自覚していないこともあります。本当のニーズを引き出し、気づかせることこそ、介護支援専門員の大切な技術といえます。



ニーズの検討が上手くいくコツ

- 多くの場合、最初に利用者よりも介護者や家族の訴えを聞くことから始まるため、介護者側に立ったアセスメントをしがちです。何よりも、利用者本人の訴えを傾聴しましょう。
- 出来る限り家族が揃う時間帯に訪問しましょう。難しい場合も、家族全員の要望を把握しておきましょう。
- 訪問での情報収集では家族の力関係にも配慮し、個々に聴く場の設定をするなどの配慮をしましょう。時には、本人や家族の代弁者となることも大切です。
- 「利用者が自立した生活を送れるようになるために何が必要か」という、目的意識をもって情報収集に臨みましょう。
- 自分の得意な領域、自職種の専門外の領域を知り、一人で抱え込まずにチーム員で補い合うようにしましょう。



ワンポイント

利用者や家族の改善への悩みや要望を「デマンド」、その要望を客観的な知識により取り出したものを「ニーズ」と呼び、分けて考えます。

ほとんどの利用者は、「とにかく今、大変なんだ」という感情が先に立ち、自分で問題を整理して話すことが出来ません。また、デマンドの中には、困りごとに対する情けなさやあきらめの感情などのさまざまな要素が含まれます。

あまりにも現実的で希望のないようであれば、「今、何がしたい？」「5年後の姿は？」と夢を語ってもらうことで意外なニーズが表出されます。

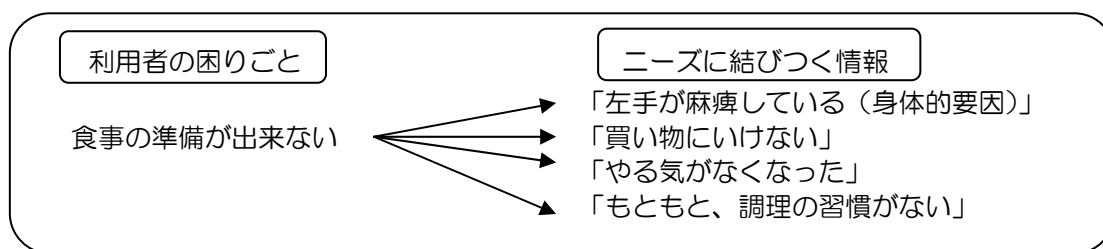
ニーズの検討は、「情報の収集」と「情報の分析」の2つの過程があります

8 情報の収集

情報には、利用者や家族から語られたもの、介護支援専門員が観察したもの、さらに専門家や関係者などが観察したもの、があります。

情報収集のポイント

- なぜそのような状態が生じたのか、どうすれば改善できるのかを考えながら情報を収集しましょう。



- 主観的な情報、客観的な情報の両方を観察しましょう。



- 情報の偏りを防ぐため、各アセスメントツールのメリットとデメリットを知りつつ活用しましょう。

◎よく使われているアセスメントツール

MDS—HC方式（インターライ方式）

新・サービス計画ガイドライン方式（全国社会福祉協議会方式）

包括的自立支援プログラム（三団体ケアプラン策定研究会方式）

生活援助を基盤とした自立支援アセスメント・ケアプラン

（日本介護福祉士会アセスメント方式）

ケアマネジメント実践記録方式（日本社会福祉士会方式）

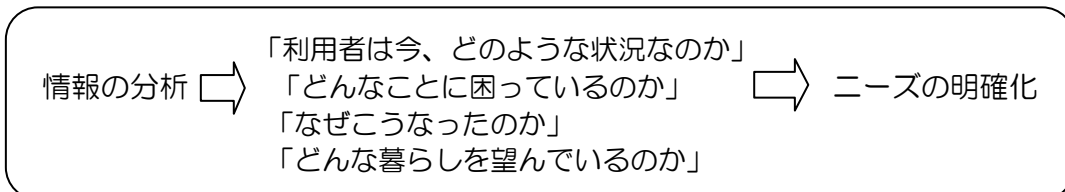
成人・高齢者用 アセスメントとケアプラン（日本訪問看護振興財団方式）

情報の分析

情報の分析は、利用者・家族が語った困りごとだけでなく、意識されていない生活ニーズについても明らかにし、吟味していく必要があります。相手が何に困っているかを聞き取り、確認しながら生活ニーズを明確化していきましょう。専門家は、知識や経験から判断しステレオタイプのニーズをあげがちです。個別性を吟味した真のニーズを判断していきましょう。

情報の分析のポイント

- ・ 「本人に関するニーズ」「家族に関するニーズ」「社会資源に関するニーズ」を整理しましょう。
- ・ 利用者の感じている困りごとや要望を確認し、生活ニーズを明確化しましょう。



- ・ それぞれの疾病や障がいの特徴から、運動・認知能力と改善の見通し、生活の能力を推測しましょう。
- ・ 「できるADL」と「しているADL」の両方を観察し、セルフケア能力を総合的に判断しましょう。
- ・ 「全介助、半介助、自立」といった漠然とした判定でなく、少しでも出来る能力を具体的に見定めておきましょう。
- ・ 同居する家族の力、親族・友人・ボランティア・趣味や宗教を同じくする人などの支援と限界について整理しておきましょう。
- ・ 利用者が住む地域や自治体の文化や特徴、隣近所の人々の支援と限界について知り、考慮していきましょう。

ワンポイント

介護支援専門員は、介護予防を要する対象のアセスメントを行うという新たな役割が求められます。介護予防と介護支援の両方の視点を身につけていきましょう。

◆ 目標の検討

ニーズに優先順位をつけ、目標を検討します。この目標が実現することで、利用者・家族の生活がどのように変わるかを確認することが大切です。



目標の検討をおこなうコツ

利用者が「〇〇したい」という生活目標と、そのために「〇〇の状態を実現する」という活動目標を検討します。

（生活目標）

- ・ 利用者の「望み」を明らかにし、「〇〇したい」「〇〇できるようになりたい」と、主語は利用者で意欲的に取り組める表現にしましょう。
- ・ 総合的な援助方針は、「望み」に対してどのような方針で援助にあたるかを明記します。緊急時の対応方法なども合わせて検討しましょう。

（活動目標）

- ・ 望みを達成するために何が必要か、現状と照らし合わせて、「解決すべき課題」を検討しましょう。
- ・ 個々の解決すべき課題に対応して、長期目標を設定します。長期目標は、支援を受けながら利用者が自立できうる到達点として書きましょう。
- ・ 課題および長期目標へ段階的に対応し解決させる、短期目標を設定します。短期目標は、モニタリングの際に到達度がわかるように具体的に書きましょう。
- ・ これまでの利用者・家族の生活の仕方、価値観、経済状態、希望を踏まえて目標を設定しましょう。
- ・ 目標設定は、自立支援の観点から利用者・家族に参加してもらいましょう。
- ・ いつまでにどのレベルまで解決可能かを予測し、長期目標、短期目標の期間を設定します。認定の有効期間やモニタリングの時期も考慮しましょう（長期目標はおおむね6ヶ月、短期目標はおおむね1～3ヶ月）。
- ・ 緊急対応が必要になったときは一時的にサービスが変動しますが、落ち着いた段階で再度、目標の見直しを行うようにしましょう。



ワンポイント

活動目標では、「危険を予測するアセスメント」の技術が必要です。利用者の疾病、障がい将来予測、回復の見込みなど、医療分野の専門家と共に考えて行くことで具体的に判断できます。

◆ 援助内容（サービス）の検討

短期目標を達成するために、どのような援助が必要か、どのようなサービスによって可能となるかを考えます。つまり、サービスは短期目標を達成するための手段です。つねに、利用者の自立支援が目的であることを意識しておきましょう。



援助内容の検討が上手く行くコツ

- ・ 介護保険の認定前に、介護保険外によるサービスや地域ボランティアサービスを受けている方もいます。これまで利用者が築いてきた人との関係を尊重しながら、新たなサービス導入を進めましょう。
- ・ 介護保険以外のサービスや、直接ケアプランには関係ない情報（車椅子対応の娯楽施設や交通、出張パーマ等）を入手しておきましょう。
- ・ 利用者・家族が自ら選べるように、ニーズに応じた選択肢を考え提示しましょう。
- ・ サービスには費用が発生します。限度額を超えていないか、自己負担はどの程度か、見積もりを準備しましょう。
- ・ 援助を続ける中には、利用者が援助者に対して過度に依存的になったり、不必要と思われるサービスを要求してくる場面があります。サービスの入れすぎ、やりすぎのないように配慮し、利用者や家族の力を引き出すことが出来る計画にしましょう。
- ・ 利用者や介護者の状況やニーズは常に変化しています。今までのサービスをそのまま継続させるのではなく、定期的な評価を通して、新たなニーズに沿ったサービスの再設定をしていきましょう。
- ・ 「見守り」という援助があることを援助者が自覚し、適切な距離やかかわりができるように日ごろから心がけましょう。



ワンポイント

サービス利用の優先度の判断は、利用者・家族が危機的状態にならないことです。

優先度判断で意識したい4項目

本人の生命の維持
生活維持の困難に関わること
セルフケア能力や介護力の低下
利用者を取り巻く環境の変化

説明と契約

介護保険制度は「利用者の自己選択による利用者とサービス事業者との契約」であるため、利用者が不利益を被った場合、損害賠償を請求できると同時に「利用者の自己責任」も生じます。苦情申し立てのケースを見ると、「料金や契約の説明不足」によるものが多く見られます。重要事項を十分に説明し、納得と同意を得て契約することは、介護支援専門員の説明能力が問われるポイントです。

説明のポイント

介護支援専門員は、利用者・家族と共に、サービス事業者にも説明する役割があります。

- ・ 介護保険制度では利用者・家族が自己選択できることを説明しましょう。
- ・ 介護支援専門員が行うこと、サービス事業者が行うこと、利用者自身が努力することを明確にし、自己責任が伴うことも説明しましょう。
- ・ 理解していただく工夫をしましょう。専門用語を使わず、わかりやすい言葉や具体的な例を上げて説明しましょう。
- ・ 理解力に不安がある場合、情報量を絞って、理解内容を確認しながら進めましょう。時には、待つことも必要です。
- ・ 媒体（資料・パンフレット、試供品など）を準備しておきましょう。
- ・ 利用する際の抵抗感や不安解消を確認しておきましょう。

説明したい項目

ケアマネジメントによる利用者の利便性や即応性
介護支援専門員の果たす役割と責任
利用者自身の役割と責任
生活上の課題と援助の目標
知りえた情報について、情報開示の範囲について
サービスの種類と利用の効果および留意点
現物給付ということ、および自己負担額
事故が起きた場合の責任の所在
苦情・相談する窓口
サービス担当者会議について（場合によっては参加を促す）

ワンポイント

高齢者の色覚低下を理解し、パンフレットの文字や配色に注意しましょう。
※網膜感度の低下により、黄色が白身を帯びて感じ、紺と黒の区別が付きにくいです。
水晶体の変化により、青・緑（寒色系）が見えにくいです。逆に、暖色系は比較の見えやすいです。

契約のポイント

契約とは、ケアマネジメントの目的や支援の方法、可能な援助内容や限界を説明し、援助を受けるか否かの確認を記録として保存しておく作業です。

- 契約の必要性を、介護支援専門員自身が理解しましょう。さらに、利用者にも理解してもらいましょう。
- 重要事項説明書、契約書を準備しておき、必ず取り交わしましょう。
- 契約を急がせないように配慮しましょう。初回面接では、利用者が契約するかどうか決められないと思われます。契約内容（誰が、何を、どこまで責任を持って行えるか）を利用者が納得するまで説明した上で契約書を預け、次回面接で意思確認を行う方が効果的でしょう。
- 契約書や計画書が多くなることを説明し、書類の取扱い方や管理方法についても助言しましょう。
- 認知症の方など、判断能力に不安がある場合、家族やその人をよく知る第三者の同席を依頼して、本人にとって望ましい契約が行えるように工夫しましょう。

重要事項説明書に記載すること

事業の目的、事業の運営方針、従業員の職種・員数、営業日、時間、居宅介護支援の内容、通常の実施地域、介護支援専門員の勤務態勢、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制、その他利用申込者にとって必要な重要事項

ワンポイント

契約を結ぶのは、各サービス事業者も同様です。各事業者が各々のタイミングで契約しようとする、利用者側が混乱します。利用者がきちんと理解できるように、事業者側の契約の時期や順番にも配慮しましょう。

契約時に必要な書類

- 1 契約書
- 2 重要事項説明書
- 3 個人情報の取り扱いに関する同意書

サービス担当者会議などにおいて、利用者などの個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書により利用者及び家族から同意を得る必要があります。居宅介護支援の業務開始時に同意書を得ておきましょう。

契約時があると望ましい書類

- 1 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
利用者は、居宅介護支援事業者に居宅介護支援を依頼した場合は、速やかに市（お住まいの区の区役所福祉・介護保険課）へ居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出する必要があります。（届出書の提出がないと、居宅介護支援介護給付費が受け取れない場合があります。）
- 2 要介護認定の資料提供にかかる申出書（兼本人同意書）
市からの要介護認定時の認定調査票や主治医の意見書の提出を求めるための書類。
- 3 緊急時の連絡先などを記したもの
緊急時の連絡票（電話番号など）を渡しておきましょう。
- 4 居宅介護支援を行う上で必要な情報（介護保険制度を紹介したものなど）は、利用者に渡し説明しておきましょう。市作成のパンフレットや事業者ガイドブックなど。

サービス担当者会議

サービス担当者会議の目的は、第一に利用者・家族の要望を関係者全体で認識することです。そして、ニーズに合った援助目標を共有し、さらに、それが個々の援助内容に反映しているか確認しあいます。つまり、担当者会議は開催が目的ではなく、利用者が望ましい生活を実現するための手段です。

会議の時期のポイント

- ・ 最初の居宅サービス計画作成時・・・利用者・家族の意向とサービス担当者の専門的な意見をもとに居宅サービス計画（原案）を修正し、援助目標を共有します。
- ・ 利用者の状態が大きく変化したとき・・・利用者の心身の状態や取り巻く環境が変化した場合、居宅サービス計画が大きく変わります。状況に対応するために会議を開催します。
- ・ 困難事例の場合・・・問題解決のための援助の糸口を見つけ出すため、各専門職の知恵を出し合います。
- ・ 更新認定・区分変更認定を受けた場合・・・サービスを提供している事業者から専門的意見を聞き、居宅サービス計画の修正が必要であるかどうかの判断をします。また、修正を担当者全員に周知させます。

運営基準に、居宅サービス計画新規作成・変更時・要介護更新認定・区分変更時に、担当者会議の開催や関係者の意見集約することが義務づけられており、適切に行われていない場合は、減算の対象となります。

ワンポイント

担当者はそれぞれ業務を抱えており、たびたび集まるのが困難です。会議の形式にこだわらず、介護支援専門員自身が事業者を訪れて打ち合わせする、同伴訪問する、主治医の往診に同席する、集まれるメンバーでミニカンファレンスする、など、目的達成の方法を工夫しましょう。

	電話	主たる関係者	関係者全員
対象	比較的援助しやすいケース。	複数の問題を抱えているケース。	複数の問題を抱えているケース。
メリット	気軽に情報共有ができる。	気軽に情報共有ができる。	他方向から知恵を出し合える。利用者理解がしやすくなる。責任が分散し、協力体制が生まれる。
デメリット	偏った情報によって方向が決まる危険性がある。協力体制が得にくい。	欠席者との情報の共有、援助目標の確認が困難。	



会議の開き方のポイント

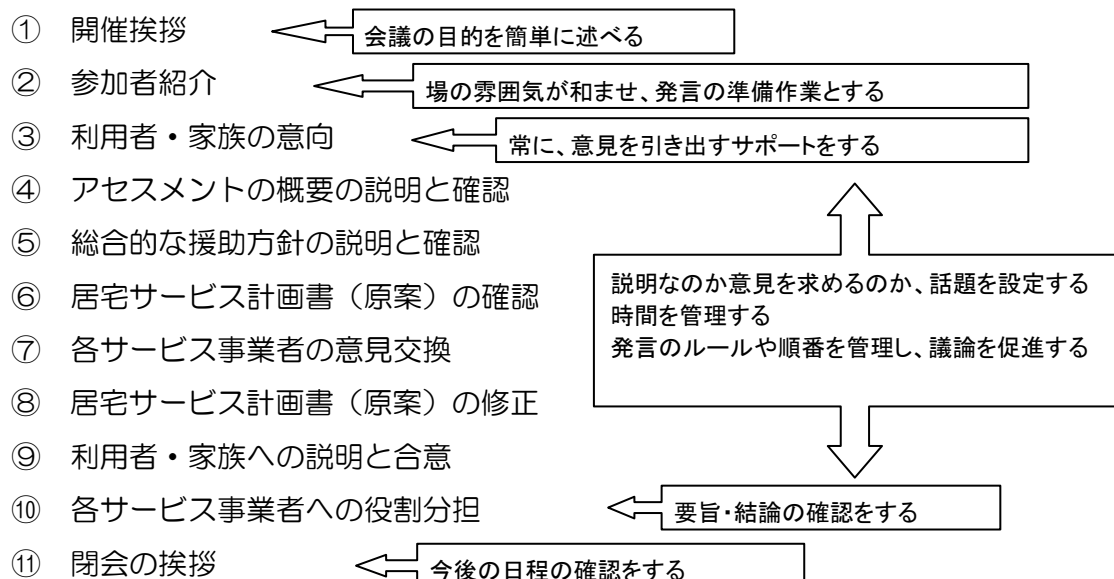
- ・ サービス事業者と顔見知りになっておきましょう。時には、提供票を相手の職場まで手渡しに行くのも良いでしょう。
- ・ 自分と相手の得意技、苦手な領域を知り合いましょう。
- ・ 相手機関の限界、相手の立場や勤務体制を知っておきましょう。
- ・ 会議で提示する個人情報の使用について、利用者・家族にあらかじめ同意を得ておきましょう。
- ・ 検討する内容（開催の目的）について、利用者とも十分に話し合いによって詰めておきましょう。
- ・ 会議の目的を明確にしておきましょう。また、あらかじめ目的を参加者に伝えておきましょう（相談希望の受理なのか、アセスメントなのか、プランニングなのか、関係機関同士の調整なのか、在宅か入所の処遇判断なのか）。
- ・ 会議の目的にあわせ、必要なサービス事業者の出席を確保しましょう。
- ・ 会議開催場所は、無理のないところに設定しましょう（→例：利用者宅、他のサービス事業者（かかりつけ医含む）、その他集まりやすい場所）。
- ・ 資料などは、事前に送付し、目をとおしておいてもらいましょう（→配布資料：居宅サービス計画書第1・2・3表/会議レジメ 他）。



会議開催時のポイント

- ・ 参加が難しいサービス事業者（担当者）からは、事前に必要な情報を収集しておきましょう（サービス担当者に対する照会P40）。
- ・ プレゼンテーションや検討方法を練習しておきましょう。

- ・ 会議の流れと司会の役割



- ・ 要点を記録し、後日関係者に送付しましょう（居宅サービス計画書第4表）。

◆ 利用者を取り巻く社会資源

介護保険の居宅サービス計画は、利用者のニーズや利用料を考えながら作成します。介護保険やサービスだけで組み立てるのではなく、地域にある社会資源を活用する必要があります。



社会資源を活用するコツ

- ・ 利用者の介護保険サービスが提供されていない時間帯の暮らしぶりを、常にイメージしましょう。
- ・ 現在の利用者・家族の心身の状況、取り巻く環境だけでなく、将来起こりうる危険要因を予測し、予防的な介入の準備を心がけておきましょう。
- ・ 利用者・家族の安定した生活を支援するためには、複数のサービス利用が欠かせません。年々増加するサービス事業所についても、日ごろから情報収集しておきましょう。
- ・ 福岡市独自の公的サービスや、ボランティアやNPOなどの身近な相互扶助的な力も知っておきましょう。
- ・ 介護支援専門員は、医療職、介護職、福祉職、他にも福岡市の保健福祉部門の担当者など、様々な人と顔なじみになっておきましょう。
- ・ 経験豊富な介護支援専門員にアドバイスをもらいましょう。
- ・ 必要なサービスが見つからない場合は、新しいサービスを開拓しましょう。



ワンポイント

社会資源の種類

	フォーマルの資源	インフォーマルの資源
サービス	介護保険の指定サービス 福岡市独自のサービス 地域の予防サービス	公的以外の民間サービス ボランティアサービス 家族・隣人のケアや見守り
組織・機関	市・区の行政 社会福祉協議会	ボランティア団体 NPO、民間事業団体
職種・人	利用者本人 介護支援専門員 在宅ケアホットラインの職員 行政職員 公的サービス事業所の職員 社会福祉協議会職員、民生委員、 社会福祉士、医師、警察官、消防官	ボランティア 家族・親族 隣人、友人 シルバー人材
制度	介護保険法、老人福祉法、老人保健法、 その他社会福祉各法 福祉サービス利用援助事業	(成年後見制度)

*高齢者の公的サービスなどを紹介している冊子、『高齢者保健福祉のあらまし』が各区福祉・介護保険課で配布されていますので、制度や社会資源の参考にご活用ください。

第3節 効率的なサービスを提供するために (マネジメント機能・調整機能)

◆ モニタリング

モニタリングは、ケアプランに位置づけられたサービスが計画とおりに提供され、それが目標の達成に有効なものであるかを検討するため、継続的なアセスメントとサービスの点検、評価を行うものです。



モニタリングがうまくいくコツ

〈2つの視点〉

1 プロセスを視る——計画通りに援助が実施されていますか？

- ・計画に影響する情報の追加がないか？
- ・新たな課題が出現していないか？
- ・判断（アセスメント）に誤りがないか？
- ・課題の優先順位に変更がないか？
- ・目標設定の変更がないか？
- ・目標達成のためにサービス選択の変更がないか？
- ・目標達成のために適切なサービスが提供されているか？
- ・サービス事業者のケアの質が保たれているか？
- ・利用者および家族がケアに満足しているか？

2 成果を視る——実施されている援助は有効ですか？

- ・利用者の自立支援になっているか？
- ・利用者の生活の質の向上につながっているか？
- ・サービス導入前と導入後の変化は？

〈モニタリングの方法〉

- ・家庭訪問をし、利用者の状況を確認します。
- ・利用者および家族からサービス内容に対して、不満や改善してもらいたいことがないか確認します。

ワンポイント

運営基準に「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、面接すること」になっています。あくまでも少なくともということで、状況によっては、数回の訪問が必要となります。

〈モニタリングの記録〉

モニタリングした結果は記録として残しておきます。

記録様式は〈2つの視点〉をおさえた独自の様式の検討が必要です。

〈本人の状況を確認する方法〉

- 1 サービスが実施されているときに訪問します。
 - ・総合的な援助方針に沿った生活になっているか確認する生活の課題に対する長期目標、短期目標に近づいているか確認します。
 - ・サービス事業者からの情報を確認します。
- 2 サービス事業者を訪問します。
 - ・サービス事業者から効果的にケアマネジメントするための情報を得ます。
 - ・事業所のサービス提供に支障が生じないように、訪問時間等の配慮をしましょう。
- 3 サービス担当者会議を開きます
 - ・サービス担当者会議を開き、利用者および家族、サービス事業者との連絡調整を継続的に実施します。また、関係者が一同に介して、ケアの評価を行います。

◆ 再課題分析（再アセスメント）の実施

モニタリングの結果を踏まえ、再課題分析が必要となることがあります。再課題分析を行い、計画を修正していくことが利用者の生活が向上していくことにつながります。

ワンポイント

初回居宅サービス計画は、限られた情報からアセスメントしたものです。モニタリングしていくことで、再課題分析が必要となります。初回居宅サービス計画が1年以上経ても変更がないことは考えにくいことです。

再課題分析がうまくいくコツ

- 1 一部の修正で可能な場合
利用者の健康状態や介護環境に大きな変更がなく、一部の再課題分析で目標やサービス方法の修正が可能です。
- 2 再度、全項目についての修正が必要な場合
 - ・利用者の疾病や障害が改善した場合。
 - ・利用者の疾病や障害が悪化した場合。
 - ・介護者が担当している介護が困難になった場合。
 - ・新たな情報が全体の居宅サービス計画に影響する場合。

第4節 個人情報責任をもって取り扱うために (守秘義務と情報提供)

◆ 個人情報の取り扱い

個人情報は、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるものです。介護支援専門員は、多数の利用者やその家族について、他人が知り得ないような情報を取り扱う立場にあることを十分認識しておく必要があります。

介護支援専門員が保有する個人情報は

- ・課題分析表
- ・居宅サービス計画書
- ・介護支援経過表
- ・モニタリング表
- ・事故報告書

など、業務にかかわるほとんどです。

こんなことはありませんか？

- 利用者の記録ファイルを保管している棚は誰もが簡単に取り出すことができる。
- 利用者の記録ファイルの背表紙に利用者の名前を書き、一目でみえるようにしている。
- パソコンに保管している情報を、担当介護支援専門員以外でも閲覧することができる（パスワードを使っていない）。
- 利用者の記録ファイルや利用者情報が保存されたUSBメモリー等を持ち歩く。

ワンポイント

詳しくは、厚生労働省ホームページに載っている「個人情報保護法ガイドライン」を参照してください。

べんり帳

記録の整備について



第3章第3節 記録の整備

60ページ～

◆ 守秘義務

介護支援専門員は、個人情報の取り扱いにあたり、個人情報保護法、基本方針及びガイドラインに示される項目のほか、個人情報保護または守秘義務に関する法令等の規定を遵守しなければなりません。



ワンポイント

守秘義務に関する法令の規定例は

- ・福岡市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例

第12条

第1項

「正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない」

第2項

「指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない」

- ・刑法

第134条

「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたところは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する」

- ・保健師助産師看護師法

第42条の2

「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする」

◆ 利用目的の明確化

- ・個人情報を取り扱う場合、利用者の同意を書面により得ます。

ただし、利用者の意思を明確に確認できない状態の場合は、状態が回復したとき、速やかに同意を得ることが必要です。状態の回復が困難な場合は、利用者の家族等であることを確認した上で同意を得ることが望ましいです。

- ・利用目的は利用者及びその家族に明確に公表しなければなりません。
利用目的の変更がある場合は、その都度同意を得る必要があります。

- ・あらかじめ本人の同意を得ないで個人情報が取り扱われる場合は
例えば

- ① 虐待事例についての関係機関との情報交換
- ② 重度な認知障害の状況を家族等に説明する場合

です。

第3章

介護支援専門員の実務

第1節 居宅サービス計画

- ☐ 居宅サービス計画書とは？
- ☐ 居宅サービス計画の流れ
- ☐ 作成解説およびポイント

第2節 給付管理業務

- ☐ 請求から支払いまでの流れ
- ☐ 国保連への請求方法等について
- ☐ 請求する前にもう一度チェックしましょう
- ☐ 給付管理 Q&A
- ☐ 過誤処理について

第3節 記録の整備

- ☐ 記録を整備しましょう
- ☐ 苦情の内容等の記録（福岡市の相談・苦情対応の体制）
- ☐ 事故の状況及び事故の際に採った処置についての記録

第4節 地域包括ケアシステムを支えるケアマネジメントについて

- ☐ 地域包括ケアシステムとは？
- ☐ 先輩からの対応のヒント
 - ・ 単身高齢者や認知症高齢者への対応のポイント
 - ・ 医療との連携のポイント
 - ・ 地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて
 - ・ 基本的なケアマネジメントの経験談について
 - ・ 主治医との連絡用様式（福岡市医師会版）

第1節 居宅サービス計画

◆ 居宅サービス計画書とは？

居宅サービス計画書は、アセスメントを踏まえて作成され、利用者の自立を目指した生活を実現するためのものであり、介護保険サービスの中軸となるものです。

利用者が可能な限り居宅において、持っている能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう配慮して作成しましょう。

利用者とケアマネジャーが共同で順序を踏んで作業を体験することで、利用者が居宅サービス計画の主旨を理解し、介護保険サービスを自分のものと受け止め、生活に積極的な姿勢を持つことが期待できます。

第1, 2, 3 表 アセスメントの結果を踏まえ、利用者と家族及び介護支援専門員が共同で作るもので、利用者とサービス提供事業者に交付する。

第4, 5 表 第4表は、ケアマネジメントの進行に合わせてケアチーム全体の意思を確認、共有し、第5表は、介護支援専門員がその時々判断を行っていくための根拠になる情報を責任を持って記載するもの。

(居宅サービス計画書作成の手引き)

(総合的居宅サービス計画の作成)

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民の自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置づけるよう努めなければならない。

(福岡市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例及び同施行規則)

(規則第11条(4))

◆ 居宅サービス計画の流れ

チェック	項目	キーワード
* ☐	1) 利用者の状況把握 ①課題分析の実施・記録 ②居宅を訪問してのアセスメント	客観的な課題分析 自立支援の視点 利用者・家族への面接
* ☐	2) 居宅サービス計画原案の作成	
* ☐	3) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	新規・更新・変更時等実施
* ☐	4) 居宅サービス計画の説明および同意	文書による同意
* ☐	5) 居宅サービス計画の交付	利用者・家族・サービス事業者へ
* ☐	6) 計画実施の把握と連絡調整 ①実施状況の把握 ②居宅を訪問してのモニタリング	月に1回は居宅を訪問して利用者に面接し、その結果を記録する
* ☐	7) 計画の変更についての専門的意見の聴取	
☐	8) 居宅サービス計画の変更	更新・サービス変更の際、毎回必要



*が実施されていない場合には、介護報酬の減算対象となります。

この基準は、居宅介護支援を実施するうえで必要な最低限の基準です。
基準に従った適正な運営ができなくなった場合には指定が取り消されることがあります。

**次ページから実際の居宅サービス計画(福岡市版)を
チェックしてみましょう!!**

◆ 作成解説およびポイント(平成16年度福岡県介護支援専門員ブロック別現任研修資料を参考に作成)

第1表

居宅サービス計画書 (1)

(居宅サービス計画全体の方向性を示す)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

☐ 初回ケアプラン作成時や変更時は、利用者の居宅を訪問し利用者・家族とともに課題を分析する

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向	☐ 利用者・家族が介護を受けながらどのような生活がしたいかを確認する ☐ 介護サービス情報を提供する ☐ 面接に時間をかけ徐々に意向を明確にし意欲的になるように働きかける ☐ 利用者や家族が話した言葉などをできるだけ生かしそのまま記載する ☐ 利用者と家族が互いに相手に知られてほしくないと思っていることは第6表に記載する ☐ サービス事業者には「知らせないでほしい」ということは第5表に記載する
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	☐ 被保険者証に記載されているサービス提供上の留意事項を特記し、利用者や家族に説明する ☐ 利用者の拒否やサービス資源不足のため、計画に反映できない場合は第5表にその理由を記載する。 ☐ サービス担当者会議においては、この記載を踏まえて協議する ☐ 空欄の場合は「記載なし」と記入する
総合的な援助の方針	☐ 利用者の自立を目指した総合的な援助方針とする ☐ 「利用者家族の介護に対する意向」に対応して第2表の「長期目標」を総合化した内容を記載する ☐ サービス担当者会議で話し合った上で記載する ☐ 利用者・家族が積極的に取り組めるようわかりやすく記載する ☐ 緊急時が想定される場合は関係機関・連絡先を「緊急時の対応方法」として明記する
生活援助中心型の算定理由	☐ 生活援助中心の訪問介護利用時は必ず記入する 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

□ 第6表との不整合がないように作成する
□ 空欄のないように作成する

利用者名

殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標			援助内容		
	長期目標	(期間)	短期目標	※1	サービス種別	※2
<ニーズ> □ 利用者・家族の理解を深められるよう助言する □ 「困った状況を改善して望む生活をしたい」というポジティブな生活意欲を転換する □ 「～できるようにしたい」「～したい」というように利用者が主体的・意欲的に取り組めるように書く □ 優先順位は利用者とともに決める □ 理解が得られなかったニーズは第5表に記入し、継続的に理解が得られる * 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを位置づける場合、「生活全般の解決すべき課題」「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する(別紙に記載しても可。)	<目標> □ 実際に解決が可能と見込まれるものを目標とする □ 具体的なイメージを利用者・家族と共有しながら立てる □ 長期目標は、利用者も努力する到達点としてとらえる □ 短期目標は、モニタリングの際に達成度が分かるように具体的に書く □ サービス事業者がサービス計画を立てるときの目標になるものである □ 目標設定が難しいときは専門	<サービス内容> □ 短期目標の達成には何が必要かを考えて内容を検討する □ 情報提供をしてサービスを利用しながらどのような生活をするか、具体的にイメージし、利用者とともに書く □ サービス事業者が作成するサービス計画に必要なサービス項目(送迎や食事などはもれなく記入する) □ 担当者会議での専門的な意見はサービス内容の条件として記入する □ 家族や隣人の支援を記入する際は、十分に実行性を確認し無理のないように配慮する	<サービス種別> □ 誰が何をするか分かるように、サービス内容と種別を関連付けて書く □ 正式なサービス名称を書く(利用者に分かりやすく説明する) □ サービス種別には、市町村が実施する保健福祉施策やインフォーマルサービス、介護保険サービス、介護保	<頻度> □ 利用者や家族の生活時間や体力・サービスを受け入れる気持ちなどを考えて頻度を決める □ 短期目標の達成を考慮し、頻度を定める	<期間> □ 短期目標の期間と連動する □ 利用者の状況を確認しながら開始日と終了日を記入する □ 終了日を確認できない場合は開始時間のみを記入する	

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画書

(利用者の日常生活とサービス提供状況を把握する)

作成年月日 年 月 日

利用者名

殿

		月	火	水	木	金	土	日	年	月分より	主な日常生活上の活動
深夜	4:00										
早朝	6:00										
午前	8:00										
	10:00										
午後	12:00										
	14:00										
	16:00										
	18:00										
夜間	20:00										
	22:00										
深夜	24:00										
	2:00										
	4:00										

☐ 利用者が生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができるように作成する
☐ 介護保険サービスのみでなく医療や保健福祉サービス、家族の支援なども記載する
☐ 夜間や、土日のサービスが適切に組み込まれているか検討する
☐ 第2表に位置づけられたサービスを全て記載する

☐ 生活パターンを把握し、計画したサービスの提供時間の適正さや配慮すべき点を確認する
☐ 起床や就寝、食事、排泄、入浴、屋敷など平均的な一日の過ごし方について記載する

週単位以外のサービス

☐ 居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、その他のサービスで、隔週や月単位で提供されるものについて書く

第4表

サービス担当者会議の要点 (利用者や関係スタッフが、共通の場で生活支援の方針を確認し調整する)

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

開催日 年 月 日

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者						
検討した項目	☐ 開催目的を事前に利用者やサービス担当者に伝えて了解を得ておく ☐ 認定・更新・区分変更や居宅サービス計画変更など開催理由、開催目的を記載するまた検討項目に番号を記載する ☐ 出席できないメンバーには、あらかじめ照会の回答をもらって会議で共有する ☐ 参加者には、支援やサービス提供できる時間や曜日と、サービス内容などを確認して、会議に出席してもらう					
検討内容	☐ 検討内容は先の検討項目番号に対応して記載する ☐ それぞれのサービス内容だけでなくサービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者などを検討する					
結論	☐ 検討項目番号に対応して記載する ☐ 相互の役割分担を確認することでケアチームが効果的な支援を提供できるものとする ☐ 役割分担に漏れがないか、計画がスムーズに進行するかなど確認しながら、話し合った要点を記載する ☐ 決定事項はその内容を文書化し、利用者や参加者に配布し共通認識をすることが望ましい					
残された課題 (次の開催時期)	☐ 担当者会議で結論がまとまらなかった項目について記載する ☐ 残された課題について、誰がいつまでに何をするか記載する ☐ 次回の開催目的や開催日を明記する ☐ 社会資源が不足しているためサービス利用ができないときは、その旨を記載する ☐ この記録用紙に書ききれなかった場合は別紙を用いる					

居宅介護支援経過

居室サービス計画作成者氏名

緊

[illegible]

作成年月日

III

作成年月日

□ 第6表の各行から、支給限度額管理の対象となるサービスをすべて転記する。記載は、サービス提供事業ごとに記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコードごとに記載する。

サービス担当者に対する照会(依頼)内容 (サービス担当者会議を補う)

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由					
照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容
		☐ サービス担当者会議が開催できない場合又は会議に出席できない場合にはこの用紙を使用する ☐ 照会先・担当者氏名・具体的な照会内容を記載しておく ☐ サービス担当者会議を開けない理由や、欠席の理由は明記しておく ☐ この用紙は1回の照会に1枚使用する ☐ 回答が得られない場合も、照会の記録として残しておく ☐ 照会された内容は、ケアチームで検討する際に情報として共有する ☐ プライバシーが漏洩しないよう厳重に配慮する ☐ 日常的なサービス担当者との連携は、第5表「居宅介護支援経過」に記載しこの用紙とは区別する			

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

モニタリング表(案)

利用者名

評価者氏名

評価年月日 平成 年 月 日

評価日	年	月	日	評価		今後の対策	コメント
サービスに対する利用者及び家族の満足度		利用者	☐ 満足している ☐ ある程度満足している ☐ 満足していない	☐ このまま継続 ☐ 条件付継続 ☐ サービスの変更 ☐ サービスの中止		* モニタリング表の様式に決まりはありません。 参考に作成してください。	
		家族	☐ 満足している ☐ ある程度満足している ☐ 満足していない				
計画どおりにサービスの提供がされているか？	短期目標達成度	☐ 計画通り実行 ☐ 一部実行 ☐ 実行していない ☐ そのほか	☐ このまま継続 ☐ 条件付継続 ☐ サービスの変更 ☐ サービスの中止		☐ サービスの内容について、利用者の不満や改めてもらいたいと感じている事柄はないか検討する。 ☐ ケアプランどおりにそれぞれの事業所がサービスを提供しているか確認する。 ☐ 個々の生活ニーズはケアプランにおける短期目標で想定したように改善しているか、あるいは長期目標に近づきつつあるか検討する。 ☐ 総合的な援助方針において想定した利用者の自立支援に向けた生活が実現しているか検討する。 ☐ 新たなニーズは生じていないか、ケアプランの変更や修正は必要ないか検討する。		
		☐ 効果あり ☐ 効果あるも不十分 ☐ 効果はみられない				☐ このまま継続 ☐ 条件付継続 ☐ サービスの変更 ☐ サービスの中止	
		☐ 効果あり ☐ 効果あるも不十分 ☐ 効果はみられない				☐ このまま継続 ☐ 条件付継続 ☐ サービスの変更 ☐ サービスの中止	
新たなニーズ(課題)は生じていますか？		☐ ある ☐ なし	☐ サービスの追加検討 ☐ このまま様子観察		☐ 再課題分析の必要 (なし) ☐ ケアプランの変更 (なし)		

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書									
								区 分	
								新規 ・ 変更	
被 保 険 者	フリガナ		番 号						
	氏 名								
			生 年 月 日				性 別		
			明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日				男 ・ 女		
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者									
事 業 所	名 称				所 在 地				
	担当者氏名				電話番号 ()				
	変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。								
	変更年月日 (平成 年 月 日)								
(あて先)福岡市 区長 上記の居宅支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。 平成 年 月 日 被保険者住所 電話番号 () 氏 名									
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 契約解除の有無 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号							

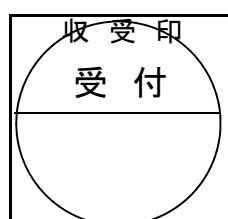
- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに区役所福祉・介護保険課へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、従前の事業者に連絡のうえ、変更年月日、変更事由を記入し、必ず区役所福祉・介護保険課に届け出してください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

収 受 印

課 長	係 長	係 員	電 算

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書 記入例(新規)														
								区 分 (新規)・変更						
被 保 険 者	フリガナ	フクオカ タロウ			番 号									
	氏 名	福岡 太郎			0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
					生 年 月 日						性 別			
					明・(大)・昭 5 年 10 月 2 日						(男)・女			
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者														
事 業 所	名 称				所 在 地									
	福岡 ケアプランセンター 担当者氏名 介護 花子				福岡市〇〇区〇〇1丁目1-1 電話番号 092 (733) 5451									
	変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。													
変更年月日 (平成 年 月 日)														
(あて先)福岡市 〇〇 区長 上記の居宅支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。 平成 15 年 5 月 20 日 この日付が被保険者証、国保連台帳に記載されます。 この日付が新規申請年月日以降、サービス開始前になるようお願いします。 被保険者住所 福岡市〇〇区〇〇1丁目1-2 電話番号 092 (733) 5452 氏 名 福岡 太郎														
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 契約解除の有無 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号 4071400000												

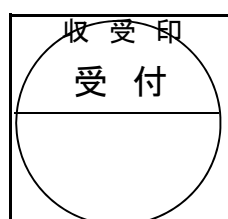
- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに区役所福祉・介護保険課へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、従前の事業者に連絡のうえ、変更年月日、変更事由を記入し、必ず区役所福祉・介護保険課に届け出してください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。



課 長	係 長	係 員	電 算

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書 記入例(変更)														
								区 分 新規・(変更)						
被 保 険 者	フリガナ	フクオカ タロウ			番 号									
	氏 名	福岡 太郎			0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
					生 年 月 日						性 別			
					明・(大)・昭 5 年 10 月 2 日						(男)・女			
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者														
事 業 所	名 称				所 在 地									
	福岡 ケアプランセンター 担当者氏名 介護 花子				福岡市〇〇区〇〇1丁目1-1 電話番号 092 (733) 5451									
	変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。													
本人の希望				この日付が国保連台帳に登録されます。										
記入もれが多いのでご注意ください。				変更年月日 (平成 15 年 6 月 1 日)										
(あて先)福岡市 〇〇 区長 上記の居宅支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。 平成 15 年 5 月 20 日 -----> この日付が届出年月日として被保険者証に記載されます。 被保険者住所 福岡市〇〇区〇〇1丁目1-2 電話番号 092 (733) 5452 氏名 福岡 太郎														
保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 契約解除の有無 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号												
		4 0 7 1 4 0 0 0 0 0												

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに区役所福祉・介護保険課へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、従前の事業者に連絡のうえ、変更年月日、変更事由を記入し、必ず区役所福祉・介護保険課に届け出してください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。



課 長	係 長	係 員	電 算

第2節 給付管理業務

◆ 請求から支払いまでの流れ

居宅介護支援事業所は居宅サービス計画を基に給付管理票を作成し、居宅介護支援費の請求を翌日10日迄に国保連（福岡県国民健康保険団体連合会）に送付することとなっています。

（居宅サービスの場合）

▲ ①要介護者は、居宅介護支援事業所に居宅介護支援サービスの提供を依頼するとともに、居宅サービス計画作成の依頼の旨を市町村に届け出る（様式42ページ〜）。



□ ②居宅介護支援事業所は、要介護者の同意を基に、居宅サービス事業所とサービスの提供について調整を行い、居宅サービス計画を作成する。また、作成した居宅サービス計画を基に、サービス提供票、サービス利用票を作成しそれぞれ居宅サービス事業所、居宅要介護者に交付する。



▲ ③居宅サービス事業所は、サービス提供票に基づき要介護者にサービスを提供する。



▲ ④居宅サービス事業所は、提供したサービスの介護給付費請求書及び介護給付費請求明細書（以下、「請求書等」という。）を翌月10日迄に各都道府県の国保連に送付する。



□ ⑤居宅介護支援事業所は、要介護者が受けたサービスに基づき給付管理票を作成し、居宅介護サービス計画費の請求書等と共に国保連に送付する。



■ ⑥国保連は、給付管理票を基に居宅サービス事業所の請求書などと突合し、支給限度額等の審査を行う。



■ ⑦国保連は、居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所からの請求について審査後、保険者に請求する。



■ ⑧保険者は、国保連に支払いを行う。



■ ⑨国保連は、居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所に支払いを行う。

◆ 国保連合会への請求方法等について

福岡県国民健康保険団体連合会が作成する「介護給付請求の手引き」をご参照下さい

ホームページ：<http://www.kokuhoren-fukuoka.jp/>



◆ 請求をする前にもう一度チェックしましょう

□ チェック1

利用者が月の途中で同一保険者内の他の居宅介護支援事業所に契約変更となった場合に居宅介護支援費を請求していませんか？

国保連に居宅介護支援費の請求を行うことができる事業所は、居宅サービス計画に法定代理受領となるサービスを位置づけ、サービス提供月の末日に給付管理票を作成した事業所です。（居宅サービス計画作成依頼届出書を保険者へ提出しておく必要があります。）

□ チェック2

月途中で要介護度が変更となった場合、重い要介護度に応じた支給限度額管理を行っていますか？

報酬請求の単位は、サービス提供時点での要介護度に応じたものとなりますが、その月の支給限度額管理については、変更前・変更後での重い方の要介護度を適用します。

□ チェック3

月途中で要介護区分が変更になった場合、月末の要介護度で居宅介護支援費を請求していますか？

要介護度で居宅介護支援費の単位数が異なることから、月の途中で要介護区分が変更になった場合は、月末の要介護度に応じた単位数で請求します。

□ チェック4

前月から引き続き、30日を超える連続した短期入所サービスを居宅サービス計画に位置づけていませんか？

連続 30 日を超える短期入所サービスの利用日については、保険給付の対象外となります。連続 30 日には、入所日・退所日を含みます。また、退所日の翌日に再入所した場合も、連続の扱いとなります。

□ チェック5

居宅サービス計画上のサービス利用がなくなり、当該月のサービスの利用実績がなかったにもかかわらず、居宅介護支援費を請求していませんか？

サービス利用票を作成しなかった月や、サービス利用票を作成した月でも結果的に利用実績のなかった月は、給付管理票を作成しないため、居宅介護支援費は算定できません。

□ チェック6

運営基準違反により居宅介護支援費が減算対象となっている利用者に対して、初回加算を算定していませんか？

運営基準に関する減算は、適正な居宅介護支援サービス提供を確保するためのものであるため、減算対象となる利用者については、当該加算の請求はできません。

□ チェック7

一月を通じて認知症対応型共同生活介護や特定施設生活介護、小規模多機能型居宅介護を受けている利用者に対して、居宅介護支援費を請求していませんか？

まる1か月間、認知症対応型共同生活介護や特定施設生活介護、小規模多機能型居宅介護を受けている利用者に対しては、給付管理業務を行う必要がないため、居宅介護支援費は算定できません。

□ チェック8

月途中で小規模多機能居宅介護のサービスを利用開始した場合、居宅介護支援費を請求していますか？

居宅サービスを利用している人が月途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合は、居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護利用分を含めた 1 月分の給付管理票を作成します。

□ チェック9

住宅改修しか行わなかった利用者について、当該住宅改修の理由書の作成を行った場合に、居宅介護支援費を請求していませんか？

住宅改修のみを行った利用者については給付管理票を作成する必要がないため、居宅介護支援費は算定できません。なお、当該理由書の作成については、居宅介護支援事業者業務支援事業補助金の対象となる事がありますので、区役所福祉・介護保険課にご相談ください。

◆ 給付管理Q & A

Q1 認定結果が遅れた場合の請求について

要介護認定申請と同時に暫定ケアプランの作成を行い、利用者がサービスを利用して、利用実績を介護支援専門員が管理していたが、月末までに認定結果がでなかった場合居宅介護支援費は請求できるか？

認定結果が判明した後、請求を行うこととなります。

Q2 サービスの利用実績がない月の居宅介護支援費について

ケアプラン上は介護保険のサービスが予定されていたが、利用者の都合によりキャンセルが続き、結果的に当該月のサービスの利用実績がなかった。このような場合、居宅介護支援費を請求できるか？

サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月においては給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費は請求できません。

Q3 数ヶ月に1～2度短期入所のみを利用する居宅介護支援費について

数ヶ月1～2度短期入所のみを利用する場合、給付管理票が作成されない月があるが、その場合居宅介護支援費は？

利用実績のない月については、居宅介護支援費は請求できません。

Q4 他の都道府県に住所を有する利用者について

他の都道府県に住所を有する利用者の居宅介護支援費の算定、請求はどのようにするのか？

介護保険被保険者証に記載された保険者に対して居宅介護支援費を請求することになりますが、居宅介護支援費・介護給付費請求明細書は事業所所在地の国保連に提出します。

Q5 月途中で、利用者が死亡し、又は施設に入所した場合について

月途中で利用者が死亡し、又は施設に入所した場合、居宅介護支援費は請求できるか？

死亡、入所等の時点で居宅介護支援を行っており、かつ、当該月分の給付管理票を作成し国保連に提出した場合について、居宅介護支援費は請求できます。

Q6 月途中で、事業者が変更した場合について

月途中で事業者が変更した場合、居宅介護支援費はどうなるのか？

利用者に対して月末時点で居宅介護支援を行い、給付管理票を国保連へ提出する事業者が算定できるため、月の途中で事業者の変更があった場合には、変更後の事業者についてのみ居宅介護支援費を算定します。（ただし、月の途中で他の市町村に転出する場合があります。）

Q7 月途中で、他の市町村に転出する場合について

月途中で他の市町村に転出する場合、居宅介護支援費はどうなるのか？

利用者が月の途中で他の市町村に転出する場合には、支給限度基準額は、それぞれの市町村で別々に管理することになります。転入日の前日までの給付管理票と転入日以降の給付管理票を別々に管理されますので、それぞれの事業者が居宅介護支援費を別々に請求することができます。この場合、同一の居宅介護支援事業者が作成した場合であっても、それぞれについて居宅介護支援費が算定できます。

Q8 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合について

居宅介護支援事業所の運営が適切に行われていない場合はどうなるのか？

運営基準は適正なサービスの提供を確保するためのものです。福岡市は、運営基準に係る規定を遵守しない事業所に対しては、指導を行い、指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取り消しを検討します。

Q9 運営基準違反にかかる減算について（１）

運営基準違反に該当する場合の減算の方法について

当該減算は、居宅介護支援の質の向上を図る観点から、居宅介護支援の体制や居宅サービス計画に応じた評価を行うことを目的としており、利用者ごとに適用されます。

Q10 運営基準違反にかかる減算について（２）

運営基準違反に該当する場合の減算にかかる起算月について

居宅介護支援事業者は要介護認定申請等にかかる援助が義務づけられていることから、認定申請の段階から居宅サービス計画の原案の検討に入るべきであるため、原則として認定申請日の属する月にかかる居宅介護支援費から減算します。

Q11 運営基準違反にかかる減算について（３）

利用者宅への訪問について

居宅サービス計画の新規及びその変更の際は、事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該月からその状態が解消されるに至った月の前月まで、居宅介護支援費は減算となります。

Q12 運営基準違反にかかる減算について（４）

サービス担当者会議の開催等について

事業所の介護支援専門員が、以下の場合にサービス担当者会議の開催等を行っていない場合は、当該月からその状態が解消されるに至った月の前月まで減算となります。

- ① 居宅サービス計画を新規に作成及び変更した場合
- ② 要介護認定を受けている利用者が、要介護認定更新認定を受けた場合
- ③ 要介護認定を受けている利用者が、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

Q13 運営基準違反にかかる減算について（５）

モニタリング（居宅サービス計画の実施状況の把握）の実施について

居宅サービス計画の作成後、以下のとおり「モニタリング」を行っていない場合、その状態が解消されるに至った月の前月まで居宅介護支援費は減算となります。

- ① 事業所の介護支援専門員が、特段の事情がない限り、一月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合
- ② 事業所の介護支援専門員が、モニタリングの結果を記録していない状態が一月以上継続する場合

Q14 運営基準違反にかかる減算について（６）

減算(例：モニタリングの場合)

運営基準に違反した月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算します。

(例)平成26年4月に居宅サービス計画を新規に作成した後、5月から8月まで実施状況の把握（モニタリング）を行わなかった場合は、5月・6月分については、居宅介護支援費が減算されます。そして、7月から8月「モニタリングを行った月の前月」分については、運営基準違反が2月以上継続しているため、所定単位数は算定しません。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
＜新規作成＞ モニタリング 実施	モニタリング 未実施	モニタリング 未実施	モニタリング 未実施	モニタリング 未実施	モニタリング 実施	モニタリング 未実施	モニタリング 未実施	モニタリング 未実施
	減算 50/100	減算 50/100	算定 しない	算定 しない		減算 50/100	減算 50/100	算定 しない

Q15 指定居宅介護支援事業所に勤務する家族（ケアマネ）による居宅介護支援について

訪問介護については、訪問介護員の同居家族に対するサービス提供が禁じられているが、居宅介護支援の場合も同様に禁じられているか？

介護支援専門員が同居家族の居宅サービス計画を作成することは特段制限されるものではありません。

*福岡市の介護報酬算定等に係る考え方・方針について

介護報酬の算定等に関し、問い合わせの多い内容について、福岡市の考え方・方針をまとめていますので、参考にご覧ください。

【掲載場所】：福岡市ホームページ：<http://www.city.fukuoka.lg.jp/>

（高齢・介護＞事業者のみなさまへ＞福岡市の介護報酬算定等に考え方・方針について）

◆ 過誤処理について

過誤処理とは、国保連で審査確定した内容に誤りがあった場合に、請求の実績を取下げ（決定済の介護報酬の返還を行う）処理のことです。正しい内容で再請求を行うためには、まず過誤処理（実績の取り下げ）を行う必要があります。過誤処理には「通常過誤」と「同月過誤」の2種類の処理方法があり、福岡市ではそれぞれ提出先・提出期限・提出物等が異なりますのでご注意ください。

※過誤処理を行う場合、事業所は利用者負担額（1割部分）についても調整を行わなければなりません。

※過誤処理をした月の介護報酬は、当月審査分の介護給付費審査決定額（同月過誤の場合再請求分を含む）から過誤金額を引いた額が、事業所への支払額となります。

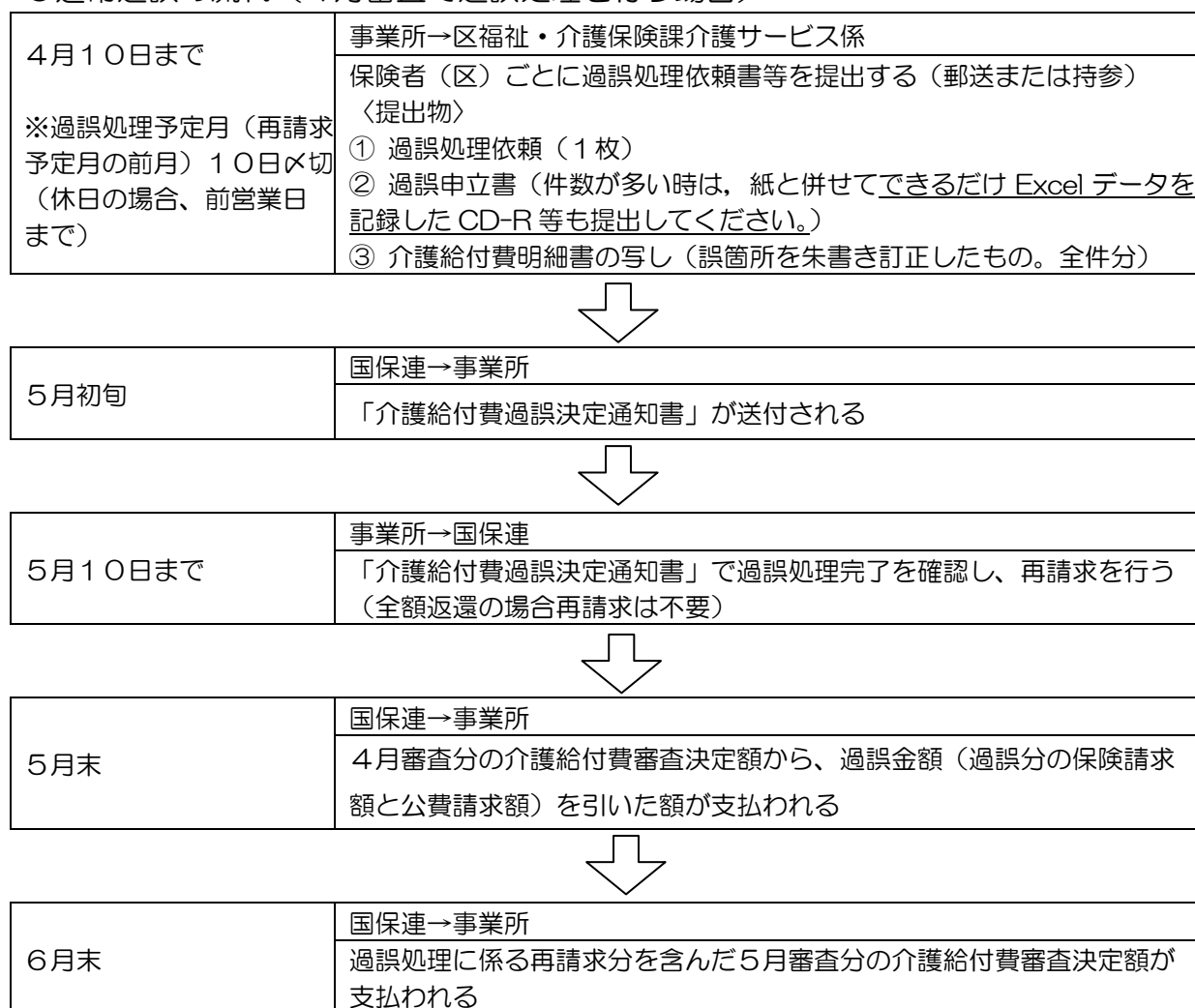
過誤金額が介護給付費審査決定額を上回った場合、事業所への支払いがマイナスとなり、マイナス分は国保連の請求に基づき指定期日までに現金で一括納付することになります。

一度に過誤調整することが困難なときは、事前に福岡市介護福祉課に相談の上処理を進めてください。

1 通常過誤

通常過誤は、国保連で審査確定した請求の実績の取下げ（返還）のみを行います。再請求が必要な場合は、取下げが確定した後（通常過誤の翌月以降）に、国保連に正しい内容で再請求を行います。

●通常過誤の流れ（4月審査で過誤処理を行う場合）



2 同月過誤

同月過誤は、国保連で審査確定した請求の実績の取下げ（返還）と再請求を同月に行います。

取下げ（返還）と再請求を同月に行うことで、その差額が当月の介護給付費審査決定額から調整される額となり、支払額への影響が軽減されます。

過誤処理は原則通常過誤で行いますが、過誤申立件数が多い場合や、返還額が大きい場合には、同月過誤を行うことができます。

●同月過誤の流れ（4月審査で過誤処理を行う場合）

3月31日まで	事業所→市役所 保健福祉局介護福祉課保険給付係
※過誤処理及び再請求予定月の前月末日〆切（休日の場合、前営業日まで） ※件数が多い場合は、市のチェック作業に時間がかかるため、早めに提出してください。	過誤処理依頼書等を提出する（郵送または持参） 〈提出書類〉 ① 過誤処理依頼（1枚） ※全区分をまとめて作成 ② 過誤申立書 ③ 介護給付費明細書の写し（誤箇所を朱書き訂正したもの。全件分） ④ ②の過誤申立書のExcelデータを記録したCD-R等 ※同月過誤の場合、過誤申立書は必ず紙と電子データの両方提出が必要



4月10日まで	事業所→国保連
	過誤処理申立分の再請求を行う ※再請求を行わないと過誤処理のみが行われ差額調整できません



5月初旬	国保連→事業所
	「介護給付費過誤決定通知書」、「介護給付費等支払決定額内訳書」が送付される



5月末	国保連→事業所
	過誤処理に係る再請求分を含んだ4月審査分の介護給付費審査決定額から過誤金額（過誤分の保険請求額と公費請求額）を引いた額が支払われる

●提出先は「よくある質問 Q&A【過誤・請求誤り】」を参照してください。

●過誤処理依頼書等は下記福岡市ホームページからダウンロードできます。

<http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/kaigohoken/life/kago.html>

宛先:福岡市長

事業所番号		
事業所名		印
代表者 (管理者)		
連絡先 TEL		
担当者		

過誤処理依頼書

審査決定した介護報酬請求に誤りがありましたので、下記のとおり請求の取消を依頼します。
取消内容の詳細については、別紙の過誤申立書及び介護給付費明細書のとおりです。

過誤処理方法 ※1, 2参照	通常過誤(____区) ・ 同月過誤
処理依頼件数	件
誤保険請求(既請求)額 A	円
正保険請求(再請求予定)額 B	円
差額(A-B) C	円
再請求予定年月	平成 年 月
取消の主な事由	請求誤り ・ 指導等による返還
備考	

- ※1 過誤処理方法は、原則**通常過誤**です。行政指導等により返還金が発生したときなど件数が多く通常過誤では支払額への影響が大きい場合は、同月過誤を受け付けます。
- ※2 福岡市では、通常過誤と同月過誤で提出先や締切などが異なりますのでご注意ください。

通常過誤の場合

提出先: 過誤処理する対象利用者の住所区の福祉・介護保険課(保険者番号(区)ごとに分けて提出)
提出期: 再請求予定年月の前月10日(休日の場合、前営業日)まで
提出物: ①過誤処理依頼書
②過誤申立書
③介護給付費明細書の写し(誤箇所を朱書訂正したもの。全件分)

同月過誤の場合

提出先: 保健福祉局介護福祉課(全区分をまとめて提出)
提出期: 再請求予定年月の前月末日(休日の場合、前営業日)まで
提出物: ①過誤処理依頼書
②過誤申立書
③介護給付費明細書の写し(誤箇所を朱書訂正したもの。全件分)
④過誤申立書のExcelデータを記録したFD又はCD-R等(受け取り、返却不可)

（ 同月 ・ 通常 ） 過誤申立書

※希望の処理方法どちらかに○を付けてください

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	介護給付費明細書記載の 保険者番号	被保険者番号	サービス提供年月 (例)H24.4月→201204と記載	申立事由コード	被保険者氏名	平成 年 月 日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

- 添付する介護給付費明細書は、この申立書と同じ順番に並べてください。
- 同月過誤申立の場合は、提出書類と一緒に入力した申立書Excelデータも提出してください。

宛先:福岡市長

記入例

法人代表者または事業所
管理者を記載

事業所番号	代表者(管理者)記載欄に合わせて 代表者(管理者)の印を押印 ※法人(事業所)印でも可	
事業所名	印	
代表者 (管理者)		
連絡先 Tel		
担当者		

過誤処理依頼書

審査決定した介護報酬請求に誤りがありましたので、下記のとおり請求の取消を依頼します。
取消内容の詳細については、別紙の過誤申立書及び介護給付費明細書のとおりです。

過誤処理	該当する方に○をつけ、通常 過誤の場合は区名も記入	通常過誤(東区) ・ 同月過誤
処理依頼件数	1 件	
誤保険請求(既請求)額 A	Aは過誤依頼する明細書全件の保険請求額を合算し て記入 (注)公費請求分は除く	223,356 円
正保険請求(再請求予定)額 B	Bは過誤処理後、再請求予定の明細書全件の保険 請求額を合算して記入 (注)公費請求分は除く	223,209 円
差額(A-B) C	CはA-Bの差額を記入	147 円
再請求予定年月	平成 26 年 5 月	
取消の主な事由	請求誤り ・ 指導等による返還	
備考	C=0の場合は、備考に過誤依頼理由を記入 してください (例)公費請求もれ	

- ※1 過誤処理方法は、原則通常過誤です。行政指導等により返還金が発生したときなど件数が多く通常過誤では支払額への影響が大きい場合は、同月過誤を受け付けます。
- ※2 福岡市では、通常過誤と同月過誤で提出先や締切などが異なりますのでご注意ください。

通常過誤の場合

提出先: 過誤処理する対象利用者の住所区の福祉・介護保険課(保険者番号(区)ごとに分けて提出)
提出期: 再請求予定年月の前月10日(休日の場合、前営業日)まで
提出物: ①過誤処理依頼書
②過誤申立書
③介護給付費明細書の写し(誤箇所を朱書訂正したもの。全件分)

同月過誤の場合

提出先: 保健福祉局介護福祉課(全区分をまとめて提出)
提出期: 再請求予定年月の前月末日(休日の場合、前営業日)まで
提出物: ①過誤処理依頼書
②過誤申立書
③介護給付費明細書の写し(誤箇所を朱書訂正したもの。全件分)
④過誤申立書のExcelデータを記録したFD又はCD-R等(受け取り、返却不可)

記入例

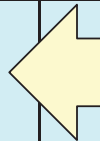
(同月 ・ 通常) 過誤申立書

※希望の処理方法どちらかに○を付けてください

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

平成26年4月7日

事業所番号	介護給付費明細書記載の 保険者番号	被保険者番号	サービス提供年月 (例)H24.4月→201204と記載	申立事由コード	被保険者氏名
4070000000	401315	0000123456	201201	5002	福岡 花子
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					



取り下げる明細書に記載している「事業所番号」「保険者番号」「被保険者番号」「サービス提供年月」を記入
※介護給付費明細書の写し(誤箇所を朱書き訂正したもの)は、この申立書と同じ順番に並べて提出してください。

過誤申立事由コード一覧表で該当するコードを確認し記入
※取り下げる明細書様式や過誤事由でコードが異なります。
(通常過誤と同月過誤でもコードは異なりますのでご注意ください。)

同月過誤は、例月依頼件数が多くなりますので、必ず入力した申立書のExcelデータをFDやCD-R等に保存して過誤書類と一緒に提出してください。なお、郵送受付の場合、FD等媒体の返却はできません。

提出いただいたデータは、そのまま国保連伝送データに変換しますので入力誤りのないよう、よくご確認ください。
※誤りがある場合、過誤エラーとなり、再請求が通りません。

通常過誤は、過誤書類のみで受付可能です(申立書のExcelデータの提出は不要)。

- 添付する介護給付費明細書は、この申立書と同じ順番に並べてください。
- 同月過誤申立の場合は、提出書類と一緒に入力した申立書Excelデータも提出してください。

様式第八（附則第二条関係）

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
(介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

公費負担者番号												
公費受給者番号												

平成	2	4	年	0	1	月分
保険者番号	4	0	1	3	1	5

被 保 険 者	被保険者 番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
	(フリガナ)	フクカ ハナコ										
	氏名	福岡 花子										
	生年月日	1.明治 2.大正 ③.昭和							性別	1. 男 ②. 女		
		1	4	年	0	1	月	0				
	要介護 状態区分	要介護 1・2・③・4・5							旧措置 入所者特例	①. 無 2. 有		
認定有効 期間	平成	2	3	年	1	2	月	0	1	日	から	
	平成	2	4	年	1	1	月	3	0	日	まで	

請 求 事 業 者	事業所 番号	4	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	
	事業所 名称	特別養護老人ホーム〇×苑											
	所在地	〒	8	1	*	-	*	*	*	*			
		福岡市東区*****											
連絡先	電話番号 092-***-****												

入所 年月日	平成	2	3	年	1	2	月	0	7	日	退所 年月日	平成		年		月		日	入所実日数	3	1	外泊日数		
退所後の状況					1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																			

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード					単位数			回数 日数	サービス単位数					公費分 回数等	公費対象単位数				摘要		
	福祉施設Ⅰ 3	5	1	1	1	3	1	7	3	0	3	1	2	2	6	3	0						
	福祉施設個別機能訓練加算	5	1	6	0	0	3		1	2	3	1			3	7	2						
	福祉施設サ提供体制加算Ⅱ	5	1	6	1	0	2			6	3	1			1	8	6						
	福祉施設看護体制加算Ⅰ 2	5	1	6	1	1	4			4	3	1			1	2	4						
	福祉施設看護体制加算Ⅱ 2	5	1	6	1	1	6			8		2			1	6						削除	
	夜勤職員配置加算Ⅰ 2	5	1	6	1	1	8		1	3	3	1			4	0	3						
	栄養マネジメント加算	5	1	6	2	7	3		1	4	3	1			4	3	4						
	合計												2	4	1	6	5						

請求額集計欄	区分	保険分					公費分				
	①単位数合計	2	4	1	6	5					
	②単位数単価	1	0	2	7	円／単位					
	③給付率	9	0	／100							
	④請求額（円）	2	2	3	3	5	6				
	⑤利用者負担額（円）	2	4	8	1	8					

特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計											
								保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減	軽減率			%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
	51	介護福祉施設サービス						
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						

よくある質問Q&A【過誤・請求誤り】

分 類	質 問	回 答
過誤	過誤処理とは何か教えてください。	事業者が国保連合会からすでに支払を受けた介護報酬の取消しを行う処理のことです。 国保連合会では保険者からの委託を受けて、介護報酬の審査支払業務を行っています。審査支払した介護報酬に誤りがあった場合は、保険者へ当該介護給付費明細書の取消依頼(＝過誤申立)を行います。保険者の了承したもののみが過誤として処理され、国保連合会に正しい内容で再請求することができるようになります。 過誤には「通常過誤」と「同月過誤」の2種類の処理方法があり、福岡市ではそれぞれ提出先・提出期限・提出物等が異なりますので、ご注意ください。
過誤	生活保護受給者や市外被保険者の過誤はどこに申立を行なえばよいでしょうか。	(生活保護受給者の場合) 介護保険併用の方は保険者へ、生保単独(Hではじまる番号)の方は担当の福祉事務所へ申ししてください。 (市外被保険者の場合) 該当の市外保険者へ申ししてください。
過誤	通常過誤と同月過誤の違いについて教えてください。	(通常過誤) ※原則、過誤処理はこちらの方法で行ってください。 誤った介護給付費明細書の請求全額を取り下げます。再請求は、過誤決定後に行います。 (同月過誤) 誤った介護給付費明細書の請求取り下げと、再請求を同じ月内に審査することで、差額調整を行う特例処理です。行政指導(監査)等により多額の返還金が発生したときや過誤申立件数が極端に多いときに、この処理方法をとることで支払額への影響を軽減させます。
過誤	福岡市の通常過誤と同月過誤の申立方法等について教えてください。	(通常過誤) ※原則、過誤はこちらの処理方法で行ってください。 再請求予定月の前月10日までに、介護給付費明細書に記載された保険者番号※の区福祉・介護保険課へ①過誤依頼書②過誤申立書③誤った介護給付費明細書を朱書き訂正したものの3点を提出します。請求取り下げのみの場合も、通常過誤で行います。 ※ 東401315／博多401323／中央401331／南401349／城南401364／早良401372／西401356 (同月過誤) 再請求予定月の前月末日までに、保健福祉局介護福祉課過誤担当へ①過誤依頼書②過誤申立書③申立書Excelデータを保存したFDまたはCD-R④誤った介護給付費明細書を朱書き訂正したものの4点を提出します。 ※件数が多い場合はチェック作業に時間がかかるため早めにご提出ください。
過誤	過誤申立は郵送でもかまいませんか。	郵送または持参でのみ申立を受け付けます(FAXでの提出は厳禁)。 【通常過誤提出先】 ()の数字は保険者番号 東 区福祉・介護保険課(401315) 〒812-8653 東区箱崎2-54-1／TEL645-1069 博多区福祉・介護保険課(401323) 〒812-8514 博多区博多駅前2-19-24／TEL419-1081 中央区福祉・介護保険課(401331) 〒810-8622 中央区大名2-5-31／TEL718-1102 南 区福祉・介護保険課(401349) 〒815-0032 南区塩原3-25-3／TEL559-5125 城南区福祉・介護保険課(401364) 〒814-0192 城南区鳥飼6-1-1／TEL833-4105 早良区福祉・介護保険課(401372) 〒814-8501 早良区百道2-1-1／TEL833-4355 西 区福祉・介護保険課(401356) 〒819-8501 西区内浜1-4-1／TEL895-7066 【同月過誤提出先】 保健福祉局介護福祉課過誤担当 〒810-8620 中央区天神1-8-1-12F／TEL733-5452
過誤	過誤が終了(決定)したことはどのようにして確認できますか。	国保連合会が過誤処理した月の翌月初めに『介護給付費過誤決定通知書』を事業所へ送付します。
過誤	過誤となった明細書を再請求する場合は、いつ行なえばよいですか。	通常過誤か同月過誤かで再請求の時期が異なります。 (通常過誤の場合) 『介護給付費過誤決定通知書』で過誤決定状況を確認してから、再請求を行ってください。 (同月過誤の場合) 国保連合会が過誤処理する月(福岡市に同月過誤依頼を提出した翌月)に、再請求を行ってください。 同月過誤は、過誤決定状況を確認できないまま再請求を行うことになります。申立誤りや不承認で過誤決定が出来ない場合は、再請求が返戻になります。審査翌月に国保連合会より送付される『介護給付費過誤決定通知書』『請求明細書返戻一覧表』で確認してください。

よくある質問Q&A【過誤・請求誤り】

分 類	質 問	回 答
過誤	過誤をした場合、事業所への支払額はようになりますか。	過誤処理をした月の審査決定額から過誤調整額を差し引いた金額が支払決定の金額となります。国保連合会から通知される『介護給付費等支払決定額内訳書』で確認してください。 過誤調整額が審査決定金額を上回る場合、支払決定額がマイナスになります。マイナスの支払決定額は、国保連合会の請求に基づき指定期日までに一括納付しなければなりません。 過誤金額が大きい場合や過誤申立件数が多い場合などで一度に過誤調整することが困難なときは、事前に福岡市介護保険課に相談の上、処理を進めてください。
過誤	申立事由コードがわからないのですが。	別紙「過誤申立事由コード一覧表」を参照してください。 取消を行う介護給付明細書の様式や過誤事由で、使用するコードが異なります。 (通常過誤の場合) 取消事由が、県や市からの実地指導など指導によるものである場合は、「**42」を、それ以外の場合は「**02」を使用してください。 (同月過誤の場合) 取消事由が、県や市からの実地指導など指導によるものである場合は、「**49」を、それ以外の場合は、「**12」を使用してください。
過誤	過誤処理を行う場合、利用者負担額についても調整しなければなりませんか。	利用者負担額(1割部分)についても、調整しなければなりません。 高額介護サービス費などにも影響しますので、速やかに還付や追加徴収等調整処理を行ってください。
過誤	支払いが完了していない最新月の過誤処理はできますか。	過誤処理は、審査確定した介護給付費を取下げものなので、支払いが完了した(確定した)後でなければ、過誤申立はできません。 請求を提出した月の15日頃までであれば、国保連合会(Tel092-642-7858)に返戻依頼が可能です。
過誤	過誤処理はいつでもできますか。	請求の訂正に必要な処理ですので、基本的には審査確定後であればいつでもできます。 請求の誤りに気づいたら、速やかに過誤処理を行ってください。 ただし、増額過誤請求(取り下げる介護給付費<再請求する介護給付費)は、時効到達により保険給付を受ける権利が消滅した後はできません。 時効(代理受領サービスの場合) :サービス提供月の翌々々月(通常支払月の翌月)の1日を起算日として、2年。
請求誤り	(サービス事業所) 請求内容(サービスコード・日数・回数・単位数等)に誤りがあった場合、どのように対応したらよいでしょうか。	保険者へ過誤の申立をして、過誤処理終了後に正しい内容で国保連合会へ再請求してください。 誤りがあった箇所のみを過誤することはできません。介護給付費明細書の請求金額全額が過誤の対象となりますのでご注意ください。
請求誤り	(サービス事業所) 加算を付け忘れて請求した場合、どのように対応したらよいでしょうか。	加算のみについて請求することはできません。 保険者へ過誤の申立をして、過誤処理終了後に正しい内容で国保連合会へ再請求してください。
請求誤り	(サービス事業所) 生活保護の情報を入力せずに請求し、保険給付(9割分)が決定した場合、どのように対応したらよいでしょうか。	生活保護に係る介護報酬(1割分)のみを遅れて請求することはできません。 保険者へ過誤の申立をして、過誤処理終了後に正しい内容で国保連合会へ再請求してください。
請求誤り	(居宅支援事業所) サービス計画費を過誤した場合、再請求はどのようにしたらよいでしょうか。	サービス計画費のみ再請求をしてください。給付管理票の提出は必要ありません。 給付管理票の内容に変更がある場合は、給付管理票の作成区分を「修正」として国保連合会に提出してください。
請求誤り	(サービス事業所・居宅支援事業所) 請求明細書・給付管理票ともに誤って決定している場合、どのように対応したらよいでしょうか。	サービス事業所から保険者へ過誤の申立をして、過誤処理終了後、居宅支援事業所から給付管理票の修正を国保連合会へ提出してください。その後、サービス事業所から国保連合会へ再請求をしてください。 ※「過誤処理」と「給付管理票の修正」は同月にはできません。(給付管理票がN7エラーとなります)

第3節 記録の整備

◆ 記録を整備しましょう

《 ポイント 》

ファイリング（一元管理）

- ☐ 保管場所を確保し、責任を持って管理
- ☐ いつ、だれが、どこで、誰に対して、どのような方法で、何を行ったか分かる記録をつくる

第22条 指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品および会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

- (1) 11条第1項12号に規定する指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- (2) 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳
 - ア 居宅サービス計画
 - イ 第11条第1項7号に規定するアセスメントの結果の記録
 - ウ 第11条第1項9号に規定するサービス担当者会議等の記録
 - エ 第11条第1項13号に規定するモニタリングの結果の記録
- (3) 第14条に規定する市町村への通知に関わる記録
- (4) 第13条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- (5) 第14条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

（福岡市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例及び同施行規則）

整備の必要な記録

- ☐ サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- ☐ 個々の利用者ごとに次の事項を記載した居宅介護支援台帳（p33～41 参照）
 - 居宅サービス計画（第1～7表）
 - アセスメント結果の記録
 - サービス担当者会議等の記録
 - モニタリング結果の記録
- ☐ 利用者に関する市町村への通知の記録
- ☐ 苦情の内容等の記録
- ☐ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

※ 記録類はサービス終了の日から5年間保存をしましょう！！

◆ 苦情の内容等の記録（福岡市の相談・苦情対応の体制）

《 ポイント 》

- 苦情を処理するための体制・手順づくり（福岡市の体制64ページ）

苦情の内容は、きちんと記録しておくことが重要です。（様式例65ページ）

内容を受け止め、分析し、対策を検討してよりよいサービスにつなげましょう！！

第13条 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等に対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、市町村からのもとのめがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

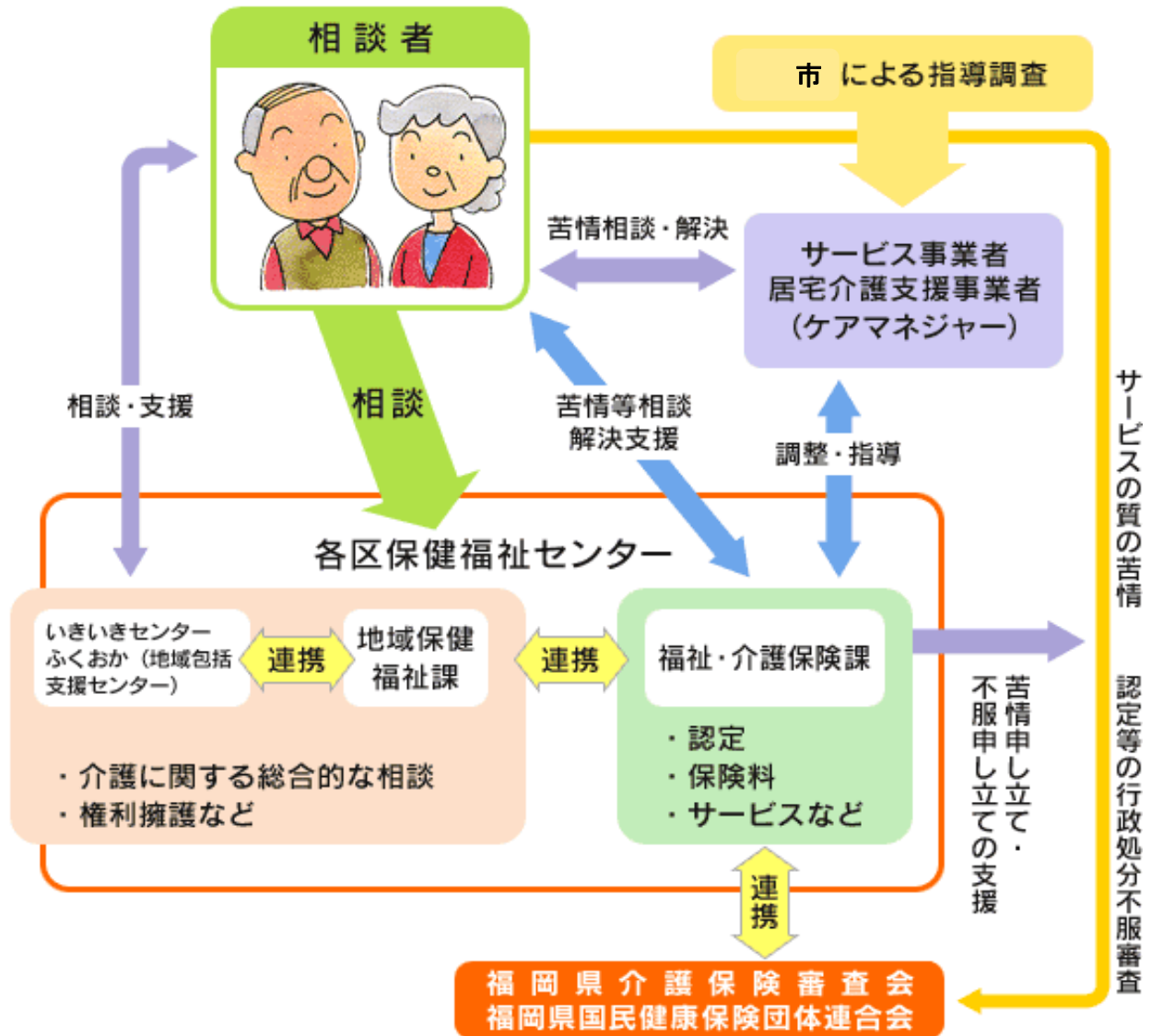
6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援等に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第3号の調査に協力するとともに、自ら提供した指定居宅介護支援に関して国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

7 指定居宅介護支援事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

（福岡市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例及び同施行規則）

介護保険のサービスに関する相談・苦情について

介護保険のサービスに関する相談・苦情については、担当のケアマネジャー・地域包括支援センターまたは各区保健福祉センター福祉・介護保険課等で受付けます。



- 認定結果や保険料の決定などに不服がある場合、結果を知った日の翌日から「60日」以内に福岡県が設置する「介護保険審査会」に、文書または口頭で審査請求することができます。(Tel 092-643-3321)
- サービス事業者に対する苦情については、「福岡県国民健康保険団体連合会」でも対応・処理にあたります。(Tel 092-642-7859)

相談・苦情記録票

受付No.

局・区

課 受付担当者

日時	年 月 日 時	受付方法	来所・電話・訪問・文書・その他()
相談者※(フリガナ)	(男・女)	住所	
氏 名	(歳)	Tel.(自)	(勤)
当事者との関係	本人 配偶者 他の家族() 友人等 ケアマネージャー 地域包括支援センター担当者 民生委員 主治医 サービス事業者 その他()		
当事者※(フリガナ)	(男・女)	住所	
氏名	(歳)	Tel.(自)	(勤)
被保険者番号	要介護度 (年 月 日付認定)		
A 分 類	相談	(1)申請 (2)訪問調査 (3)認定 (4)保険料 (5)利用料 (6)サービス利用方法 (7)事業者の紹介 (8)サービスの内容 (9)情報開示・介護保険制度全般 (10)その他()	
	苦情	(1)要介護認定 (2)保険料 (3)利用料 (4)居宅介護支援 (5)介護予防支援 (6)居宅サービス (7)施設サービス (8)地域密着型サービス (9)保健福祉事業 (10)医療機関 (11)その他()	
件名()			
相談概要			
事業者に対し本人の氏名等を明らかにしてよいか			可 ・ 不可
B. サービスの 種類 ☐ 介護サービス ☐ 介護予防サービス	居宅: 1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリ 5 通所介護 6 通所リハビリ 7 福祉用具貸与 8 宅療養管理指導 9 短期入所生活介護 10 短期入所療養介護 11 特定施設 12 福祉用具購入 13 住宅改修 14 居宅介護支援 15 介護予防支援 施設: 17 介護老人福祉施設 18 介護老人保健施設 19 介護療養型医療施設 地域密着型サービス: 20 夜間対応型訪問介護 21 認知症対応型通所介護 22 小規模多機能型居宅介護 23 認知症対応型共同生活介護 24 地域密着型介護老人福祉施設 25 地域密着型特定施設 そのほか: 26.()		
C. 相談者の要望	1 話を聞いてほしい 2 教えてほしい 3 回答がほしい 4 調査してほしい 5 改めてほしい 6 弁償してほしい 7 謝罪してほしい 8 提言 9 その他()		
D. 想定原因	1 説明・情報不足 2 職員の態度 3 サービス量不足 4 サービスの低い質 5 手続方法の不明 6 権利侵害 7 被害・損害 8 その他()		
E. 処 理	1 相談助言 2 事実確認・調査 3 介護認定・サービス係へ引継 4 事業者へ引継 5 関係部局への連絡 6 他機関紹介 7 その他()		
F. 後日回答	(年 月 日予定)		

◆ 事故の状況及び事故の際に採った処置についての記録

～ポイント～

- ☐ 事故発生時の対応の流れをつくる
- ☐ 記録の整備
- ☐ 事故発生については、原因を解明し、再発防止の対策を検討する
- ☐ 市町村・利用者家族へ連絡する

ヒヤリ・ハットを見過ごさず今後の事故防止に役立てましょう！！

介護サービス事故に係る報告要領（福岡県）

- 1 趣旨
指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防支援事業者及び介護保険施設が保険者に対して行う事故報告については、この要領に基づき、適切に取り扱うものとする。
- 2 サービスの種類
事業所又は施設のサービス種類については、次のとおりとする。（介護予防を含む。）
 - (1) 訪問系サービス 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
 - (2) 通所系サービス 通所介護、通所リハビリテーション
 - (3) 居住系サービス 特定施設入居者生活介護
 - (4) 短期入所系サービス 短期入所生活介護、短期入所療養介護
 - (5) 施設サービス 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
 - (6) 地域密着型サービス 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス
 - (7) その他 居宅介護支援、介護予防支援、福祉用具貸与、特定福祉用具販売
- 3 報告の範囲
根拠法令等に掲げる各省令等の該当条項等の「利用者に対する各サービスの提供により事故が発生した場合」については、直接介護を提供していた場合のみでなく、下記の場合を含む。
 - (1) 利用者が当該施設・事業所内にいる間に起こったもの
 - (2) 送迎中に起こったもの
 - (3) その他サービスの提供に密接な関連があるもの
- 4 報告すべき事故の種類
 - (1) 報告すべき事故の種別は、次の内容とする。
 - 転倒、転落、接触、異食、誤嚥、誤薬、食中毒、感染症（インフルエンザ等）、交通事故、徘徊（利用者の行方不明を含む。）、職員の違法行為・不祥事、その他
 - ※ 職員の違法行為及び不祥事は、サービス提供に関連して発生したものであって、利用者に損害を与えたもの。例えば、利用者の個人情報の紛失、送迎時の利用者宅の家屋の損壊、飲酒運転、預かり金の紛失や横領などをいう。
 - ※ その他とは、事業所の災害被災などをいう。
 - (2) 報告すべき事故における留意点
 - ① 死亡については、死亡診断書で、老衰、病死等の主に加齢を原因とするもの以外の死因が記載されたものを報告すること。
 - ② けが等については、医療機関の受診（施設内における受診を含む。）を要したものを、報告すること。なお、報告すべきか不明の場合は、保険者に問い合わせること。
 - ③ 食中毒、感染症等のうち、次の要件に該当する場合は、保険者への報告と併せて管轄の保健所へ報告し、指導を受けること。
 - ＜報告要件＞
 - イ 同一の感染症若しくは食中毒による、又はそれらによると疑われる死亡者、又は重篤な患者が1週間以内に2名以上発症した場合
 - ロ 同一の有症者等が10名以上又は全利用者の半数以上発症した場合
 - ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合
 - ④ 従業者の直接行為が原因で生じた事故、従業者の介助中に生じた事故のうち、利用者の生命、身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明及び事件性の疑いがあるものを含む。）については、管轄の警察署へ連絡すること。

(注) 事故報告には該当しないが、これに準ずるもの(利用者が転倒したものの、特に異常が見られずサービス提供を再開した場合や、職員による送迎時の交通違反の場合等)については、個人記録や、事故に関する帳簿類等に記録するとともに、ヒヤリ・ハット事例として事業所内で検討して、再発防止を図ることが望ましい。

5 報告の時期等

所要の措置(救急車の出動依頼、医師への連絡、利用者の家族等への連絡等)が終了した後、速やかに保険者に対して報告を行うこと。また、併せて居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所に、報告を行うこと。

報告は、おおむね事故発生後3日以内に行うこと。ただし、事故の程度が大きいものについては、まず、電話等により、保険者に対し、事故の概要について報告すること。報告に当たっては、以下の点は留意すること。

(1) 入所者及び利用者の事故について、事業所所在地の保険者と入所者等の保険者双方へ報告すること。

(2) 対象者が、報告後に容態が急変して死亡した場合等は、再度報告書を届け出ること。

6 報告すべき内容

(1) 事業所の名称、事業所番号、連絡先及び提供しているサービスの種類

(2) 利用者の氏名、住所、被保険者番号、年齢、要介護度及び心身の状況

(3) 事故発生・発見の日時及び場所

(4) 事故の概要(事故の種類、事故の結果、事故の原因等)

(5) 事後の対応(家族や関係機関等への連絡)

(6) その他(再発防止の方策等)

7 保険者に対する事故報告様式標準例

別に保険者が定める様式がある場合はそれによることとし、その他事業所における任意様式でも差し支えないが、基本的に上記6の項目を満たす必要がある。

標準例は、別紙のとおりとする。

また、基本的には利用者個人ごとに作成するが、感染症・食中毒等において、一つのケースで対象者が多数に上る際は、事故報告書を1通作成し、これに対象者のリスト(2 対象者、4 事後の対応、各人の病状の程度、搬送先等の内容を含むこと。)を添付してもよい。

8 記録

事故の状況及び事故に際して採った処理は必ず記録し、完結後2 年間は保存すること。ただし、指定都市若しくは中核市又は保険者の条例が適用される場合において、異なる期間を定めるときは、その期間とすること。

9 根拠法令等

(1) 居宅サービス及び施設サービス

① 福岡県介護サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例(平成24 年福岡県条例第55 号)第6条(それぞれ第12条、第17条、第21条、第27条で準用する場合を含む。)、第7条、第13条、第18条、第22条及び第27条又は指定都市若しくは中核市が定める条例における相当の規定

② 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第37条

③ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第39号)第35条

④ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11 年厚生省令第40 号)第36条

⑤ 健康保険法等の一部を改正する法律(平成18 年法律第83 号)附則第130 条の2 第1 項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11 年厚生省令第41 号)第34 条

⑥ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18 年厚生労働省令第35 号)第35 条

(2) 地域密着型サービス

① 保険者が定める条例における相当の規定

② 指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18 年厚生労働省令第34 号)第3 条の38

③ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18 年厚生労働省令第36 号)第37条

(3) 居宅介護支援及び介護予防支援

① 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第27条

② 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18 年厚生労働省令第37 号)第26 条

10 その他

この要領は、平成25年4月25日から施行する。

(標準例)

介護サービスに係る事故報告書

各保険者宛

報告年月日： 年 月 日

1 事業所の概要	①法人名			②事業所番号	4	0									
	③事業所名	(管理者)													
	④サービス種類														
	⑤所在地、TEL	〒		(TEL - -)											
	⑥記載者名	(職名)													
2 対象者	⑦氏名(フリガナ)			(男・女)	⑧被保険者番号										
	⑨生年月日			(歳)	⑩要介護度	支援 1 2 介 1 2 3 4 5									
	⑪住所	〒													
	⑫対象者の心身の状況														
3 事故の概要	⑬事故発生・発見日時		年 月 日		午前・午後		時 分		頃 発生・発見						
	⑭場所	施設	居室 トイレ 食堂 浴室(脱衣場・洗面所) 階段 廊下 訓練室(リハビリ室) その他屋内 屋外												
		居宅	()												
		その他	()												
	⑮事故の種別	転倒 転落 接触 異食 誤嚥 誤薬 食中毒 感染症(インフルエンザ等) 交通事故 徘徊 職員の違法行為・不祥事 その他 ()													
	⑯事故結果	死亡 骨折 打撲 捻挫 脱臼 切傷 擦過傷 火傷 異常なし その他 () (入院年月日 退院予定日)													
	⑰事故の概要、経緯、対応等	(死亡の場合…死亡日)													
	⑱事故の原因	ア 従業者の直接行為によるもの イ 介助中の注意不足によるもの ウ 従業者の見守り不十分によるもの エ 福祉用具・施設設備不良 オ その他()													
⑲受診した医療機関の名称・所在地															
4 事後の対応	⑳家族への連絡・説明	ア 月 日 時頃 (誰) が (誰) に _____ により説明済み イ 未実施 (理由) ウ 連絡不要 (身寄りのない方等)													
	㉑関係機関への連絡	ア 警察への連絡 (不要 ・ 済) イ 保健所への連絡 (不要 ・ 済) ウ その他(ケアマネ等) (へ連絡) 裏面 ※3参照													
5 その他	㉒再発防止のための方策														
	㉓損害賠償等の状況	ア 損害賠償保険を利用 イ 検討・交渉中 ウ 賠償なし (理由 :)													
	㉔特記事項														

※記載注を確認してから、記入してください

2の⑫ アセスメントシート等の写しの添付でも差し支えない。

2の⑬ 発生または発見のいずれかに○をつけること。

3の⑭ ・居宅における事故とは、ヘルパー等による介護サービス中におこる事故である。

3の⑮ ・「職員の違法行為・不祥事」とは、利用者の個人情報紛失、送迎時の飲酒運転、預かり金の紛失・横領等である。
・「その他」については、事業所の災害被災等である。

3の⑯ ・報告書提出時点で、入院日・退院予定日が分かっているときは、記載すること。

3の⑩ ・「従業者の直接行為」とは、
故意、過失を問わず、従業者の直接行為が原因で事故が生じた場合。
・「介助中の注意不足」とは、
従業者の直接行為が原因ではないものの、従業者の介助中の事故が生じた場合。
・「従業者の見守り不十分」とは、
居室やトイレ等において、介助時以外に転倒等の事故が生じた場合に選択すること。
・「その他」とは、
感染症、食中毒、原因が不明な場合等に、その内容を記載すること。

4の㊦ ・従業者の直接行為が原因で生じた事故、従業者の介助中に生じた事故のうち、利用者の生命、身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明等、事件性の疑いがあるものを含む）については、管轄の警察署へ連絡すること。
・感染症、食中毒等が生じた場合は、管轄の保健所へ連絡すること。

5の㊦ 「再発防止のための方策」について、検討中の場合は「未定、検討中」として事故報告書は速やかに提出すること。その後、検討した結果について、改めて報告すること。

※1 基本的に、利用者個人ごとに作成するが、感染症・食中毒等において、一つのケースで対象者が多数に上る際は、事故報告書を1通作成し、これに対象者のリスト（2「対象者」、4「事後の対応」、各人の病状の程度、搬送先等の内容を含むこと。）を添付してもよい。

※2 入所者及び利用者の事故について、事業所所在地の保険者と入所者等の保険者双方へ報告すること。

※3 対象者が、報告後に容態が急変して死亡した場合等は、再度報告書を届け出ること。

第4節 地域包括ケアシステムを支えるケアマネジメントについて

◆ 地域包括ケアシステムとは？

急速な少子高齢化、認知症患者の増加、単身高齢者の増加が予測される社会において、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになるためには、介護サービス以外に、本人（高齢者）や家族、町内会等の住民組織、コンビニや商店、郵便局などの民間企業、NPO、介護事業所など、様々な地域の諸主体、すなわちすべての住民が関わる、「自助」「互助」「共助」「公助」を組み合わせ、「住まい」「生活支援・福祉サービス」「医療」「介護」「予防」の面で相互に支えあうことによって実現するシステムです。

「自助」・・・自分のことは自分です、自らの健康管理、市場サービスの購入

「互助」・・・インフォーマルなサービスや、近隣の助け合いやボランティア等

「共助」・・・社会保険のような制度化された相互扶助

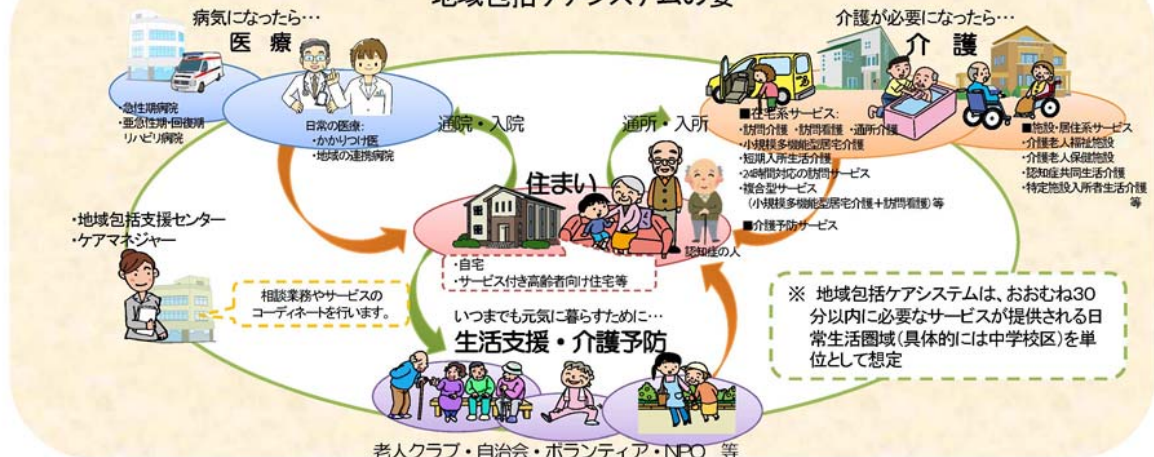
「公助」・・・自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、生活保障を行う社会福祉など、税金が投入されるもの

＜地域包括ケアシステムのイメージ像＞ 厚生労働省HPより

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

地域包括ケアシステムの姿



◆ 先輩からの対応のヒント

地域包括ケアシステムを支えるためのケアマネジメントを行うことが求められる中で、どのような点に気をつけてマネジメントをしていったらよいかなど、実際に先輩方が実践してきたことから、後輩へ伝えたいことを対応のヒントとしてまとめて掲載しています。

単身高齢者や認知症高齢者への対応のポイント

♥先輩Aさんより

信頼関係の構築について

皆さんは自分が信頼している人を思い浮かべる時に、どんな感情を抱きますか？信頼関係と簡単に言いますが、我々自身も本当に信頼している人はそんなに多くはないと思います。人が人を信頼する時、そこにはお互いの認め合いが存在します。そしてその認める所は「その人が頑張っていること（いたこと）」を認められた時に、人は相手を信頼するものです。

一人で頑張って生活されている高齢者は、色々なご苦労をされています。傾聴の態でしっかり本人の話を伺った後、本人にとってここは頑張ったであろう過去の経験（もしくは今の状況）について、ケアマネが認める（コンプリメントする）ことで信頼関係の1歩目ができます。ただし、「本人がしっかり伝えたと認識できていない場合」や「ケアマネが本当にそう思っておらずに表面だけで相手を褒めたりした場合」は、褒められて嫌な気持ちになる人はあまりいませんが、「自分に向き合ってくれない軽口を叩く人」と思われることもありますので、注意しましょう。この信頼関係構築の考え方は、対利用者だけでなくご家族や様々な関係機関との連携においても同じように使えます。

ポジショニング（ケアマネの立ち位置）について

「ケアマネジャーである自分は、誰に対して何を行うことを業務としているのか？」を常に認識している必要がありますが、単身高齢者の場合は特にその視点が必要です。

エコマップを作成すると見えやすいですが、これまで本人を支えていた社会資源（家族支援・近隣による支援・友人など）を訪問介護の導入などで損なわない配慮が必要です。そのためには、家族の負担や近隣の協力体制の許容範囲を十分アセスメントし、訪問介護による支援の導入がこちらの方にとって「より自立したQOLの向上」になるか？との視点での判断を行います。

ケアマネ業務において特にポジショニングが問われるケースは、単身高齢者の中でも「家族がいない」「家族関係が非常に希薄か家族間に強い軋轢がある」など、家族支援が望めない場合です。

たとえ家族が遠方に住んでいても本人との関係性に問題がなければ、距離的なことが問題となるだけです。家族支援がほとんど望めないケースは、多くの場合、近隣との関係も悪く本人の孤立感も強いいためケアマネジャーを頼りとし、頼られたケアマネもやりがいを感じますが、「この対応法で良いのか？」に対して本人以外の追認者（ケアマネの考えを認めてくれる者）がいないため、ケアマネジャーの精神的な負担も大きくなります。

通常であれば家族が対応することを、ヘルパーも近隣の住民も対応できず、かといって放っておくわけにもいかないので結局ケアマネが代行せざるを得ない場合もあり（急な体調不良、入院時の雑用、配食業者からの通報、近隣からの苦情、年金現状届け、確定申告、家電製品や水道の

故障、訪問販売・・・などなど)、緊急の場合は止むを得ませんが、自分の業務の守備範囲をはっきりさせないまま行動していると、自分では気が付かないうちに疑似家族にケアマネ自身になる可能性があります。(巻き込まれ)

「あんたみたいな子供がおればよいのに・・・」などの発言はケアマネジャーへの信感が強いことになりますが、注意したいことは、ケアマネジャーは専門的援助関係による支援を行う者であって「家族みたいな援助」を行う者ではありません。

この違いは、「本人に寄り添いながら、本人が置かれている現状を本人に考えさせる場面を設定し、一緒に問題点の整理を行いながら、今後の対応策を本人の自己決定により決めさせることができるか？」に拠ります。(簡単なことではありません)

ほとんどの高齢者は「自分のことは自分で決めたい」という気持ちと「誰かに依存したい」というアンビバレントな両面感情を抱いて生活しています。その心情の理解と、過去の生活歴から判断される本人の人生観やストレングスを読み取って、ケアマネジャー自身の負担にならないようにすることが重要です。

タイミング(本人がその必要性を感じた時)をみて、後見人制度や権利擁護制度を勧めたり、最近では有料の身元保証制度ができていますので、それらの情報を収集しておくことも必要です。

また自分一人で判断せずに、事業所の管理者や地域包括支援センターなど自分のバックアップ(後方支援)に相談をした上で(自分の行動の追認者を確保して)、自分の守備範囲外だとの認識のもと、期間を決めて(後見人が決まるまで等)行動することが必要です。

障がい・老いの受容の心理ステップについて

脳梗塞や認知症、もしくは加齢による心身機能の低下によりこれまでの生活が持続できなくなった場合に、時間とともに変化する心理状態の回復段階を心理ステップといいます。これは本人や家族が、脳梗塞や認知症などの現状受容をどの程度できているか?を表しますが、ケアマネジャーがそのステップを把握することで、援助者であるケアマネジャー自身にある程度の余裕ができます。「介護者の心理ステップは混乱期なので、しばらくは怒りや否定の表出は仕方がない等」

また認知症や進行性の疾患の場合は、脳梗塞のような急激な現状変化ではないので、受容に時間を要し混乱期が長くなったり、せっかく変容期になっていたのに認知症の進行による新たなトラブル発生等により、混乱期に戻る傾向があります。

1. ショック期(否定、戸惑い、思考停止)
2. 混乱期(反応期ともいう。精神的に混乱が続き、怒りや拒絶、いきあたりばったりの思考など)
3. 変容期(修復期ともいう。あきらめと割り切り、今さらどうしようもないと、少しずつ現実を受け入れ始める。現実的な将来思考ができるようになる。ただし、前期においては心理ステップとしては不安定で混乱期に戻ったりする)
4. 受容期(現実を受け入れることができ、そのなかでの発展的な思考ができるようになっていく。ガン末期のクライアントでは「折り合いの日」があったりする)

5. 成長期（これまで否定的に考えていた障がいや老い、死別などその出来事を肯定的に捉えることができ、前向きな思考により、内的成長や自己実現を目指すことができる）

ストレスコーピング（ストレス対処能力）

前述の心理ステップと同様に、障がいや老いのストレスへの対処能力をアセスメント（見積もる）する際の指標になるもので、以下の5つの項目に注目します。

同じ疾病でも本人および家族の状況により、ストレスの感じ方は個人差があり、ストレス対処能力が高い人ほど前述の心理ステップの回復が早いことになります。

1. 他のストレスの存在 —— 「疾病によって仕事を失った」「介護者の病気」「子供など家族の問題」など他のストレスが存在しているか？
2. これまでに会った他のストレスへの対処の経験の有無とその成果 ——
今までに何らかのストレスに出会い、それらにうまく対処できたか？
3. 個人のもつ性格特性 —— 楽観的か悲観的か？
4. 個人の持つ資源 —— 経済力、健康、対人関係形成力などの問題
5. ソーシャルサポート —— 他者からの支援があるか？

（☆ストレスコーピングは「人間行動理解で磨くケアマネジメント実践」渡部律子著より）

♥先輩Hさんより

単身高齢者、認知症高齢者との関係づくりにおいての心得、気を付ける点

- ・ 認知症の方は、薄れていく記憶や自分自身が不確かになっていく感覚に自問自答しながら、何かが自分の中から壊れていく恐怖を感じておられることに、支援者として寄り添う姿勢を忘れない。
- ・ 「家族、親戚、知人はいない」相談できる人がいない不安を共有して、一人で悩んだり、誰にも相談せず、自分を追い詰めないように介護サービス担当者がチームで支援していることを伝える。

<事例>

80歳 男性 独居 要介護2 認知症高齢者自立度Ⅲa

賞味期限の切れた食材をヘルパーが処分しようとする、「あなたたちは、戦後の物がなかった時代を知らないから……。まだ食べられるでしょ。」と冷凍庫に保管して、忘れた頃に取り出して食べるため下痢が続いている。処分をすると「ヘルパーが持って帰った」「ヘルパーが食べた」と被害妄想が見られる。

（対応のポイント）

- ・ これまでの人生の中で、食べ物や品物を大切に生活してこられたことを尊重する。
- ・ 下痢をすることで体力を消耗して病気になりやすいことを主治医や訪問看護師から説明してもらう。
- ・ 介護支援チームの中で、「〇〇日を目安に処分しよう」など担当者会議で処分する目安を設定するなど、CMが一人で対応を悩まないで、介護サービス担当者間で意見を出しあって、利用者の生活を支援する。

♥先輩Hさんより

必要なサービスを受け入れない認知症がある独居の方の支援について

80歳 女性 独居 要介護2

病歴：骨粗鬆症による脊椎圧迫骨折・変形性膝関節症・うつ病・認知症。

〇〇県生まれ、5年前に夫が死去、市営住宅1階に1人暮らし。夫婦に子供もおらず、身内は他県に実の弟が居るが全く交流がない。近所付き合いもなく、3年程前から、腰痛の為に家事全般が不自由に感じ、主治医の勧めで、介護保険サービスを導入開始（週1回の通所・週1回の訪問介護・起き上がり補助具のレンタル）するが、気分の変動があり、サービスのキャンセルを自身で行うなど、サービスが安定せずに、ケアマネの訪問も拒否される状態であった。

ケアマネの業務として、当初訪問も受け入れられず、ご本人とのコミュニケーションが取れずに対応に悩んでいた。サービスの利用が継続できない状態ではご本人の安否も確認する手段が途絶える事に「焦り」さえも感じていたが、訪問の度に少しずつ自身の「悩み」や「不安」を話されるようになってこられ、その中で現状の生活を「快適」に過ごす事と「今後の生活は」「もしもの時は」の話題で「残すものもないし、死んだら市役所が何とかしてくれるやろ」と、それでもその時は「誰か」が荷物の整理や始末をするようになるのではと、「今、こうして私と話している事をメモに残しては」と提案。市販の「エンディングノート」の活用を始める。実際にノートを目の前に「何を書けばいいのかわからない」「覚えてない」「忘れた」等と面倒になり、放り投げてしまいそうになるが、辛抱強く訪問の度に勧め、一行・一項目と書き加える事となる。一緒に作業をすることで、これまでの人生を振り返り、最後の時まで「自分がどう生きていくのか」など、自分自身と向き合う事で、自覚や責任が生まれ、将来的な方向性を文章にすることで安心しておられる様子であった。

その後も認知症状の進行が進み、精神的に不安定な状態が続き、サービスの拒否や中止を繰り返しているが、その都度、関わる事業者の担当者やスタッフさんたちが、辛抱強く傾聴・対応を行ない、何とか1人暮らしが送れている状態である。サービスも安定して提供できているとは言えず、「ノート」の存在自体も忘れてしまっている事もあるが、以前の記述を見ることで「そんな事もあったかね」と気持ちの落ち着きを戻せるアイテムにはなっているため、訪問介護や通所サービスのスタッフさんへも協力頂き、残された時間の中で、「思いで作り」のエピソードを増やしていくことで、「ノート」の活用が生かされていくと思われます。

ご本人がこれまで生きて来られた、価値観や生活に対するニーズを全て、抽出する事は困難であり、介護保険制度という限られたサービスの提供で、ご本人が満足できるかも様々である。特に認知症やうつ症状など、精神的に不安定な状態の場合は、専門医の受診で病状の安定を図り、地域包括支援センターや地域の民生委員さん、また関わる介護保険サービス事業者間で情報の連携を行い「チーム」として支える事でご本人の在宅生活が安心できる状態になると考えます。

“エンディングノートとは？”

人生の終末期に生じる万一のことに備えて自身の希望を書き留めておくノートです。書かれる事柄は特に決まっているわけではなく、主に病気になったときの延命治療を望むか望まないか、介護へ希望すること、財産・貴重品に関する情報、葬儀に対する希望、相続に対する考え方などがあります。このノートは、書籍や文具として販売されています。

♥先輩〇さんより

本人にあった施設の提案

【事例の概要】

70歳代 女性 独居 要介護1 認知症高齢者自立度：Ⅲa 日常生活自立度：J2

診断名：アルツハイマー型認知症 高脂血症

A D L：ほぼ自立 目的地まで（3Km 程度）徒歩で移動可能

経済状況：月年金 約5万円 家族状況：5人兄妹の4番目

本人の意向：絵を書きながら自由に過ごしたい

【対応について】

突如、海外から30年ぶりに帰国。その間、殆ど家族・親戚と疎遠。福岡での生活を本人が希望し、3,7万円のアパートで生活を始める。入居時に、同じ話、ひどい物忘れ等に驚いた兄が区役所に相談に行き、介護保険の要介護認定の申請をする。

地域包括支援センターからの紹介で、本人及び兄とCMが面談する。本人の意向、家族状況及び居住環境、現疾患、服薬等を確認した。大家さん、民生委員の協力を得て情報交換しながら、毎週数回、時間帯を変えて訪問した。その結果、生活自体が不規則で自由きままであること。電化製品等の操作、物の保管や操作、室温調整などが出来ないことがわかった。絵を書きだすと食べることも忘れてしまう。食品の賞味期限切れも確認できていなかった。アパートの鍵を何度も失くしていた。医師からの処方も記憶にない生活状況であった。逆に、施設で服薬、栄養、衛生管理などの支援を受ければ、自由に過ごせるだけの残存機能は大いにあると判断した。

少額年金のため生活保護の申請も考えたが独居生活は困難であり、病状の悪化はさけられないことから、先々に権利擁護、生活保護の申請を検討して、特別養護老人ホーム入所申込みを行い、入所するまでの間、養護老人ホームに入所することを提案した。

兄から、「本人は、若い時から自由奔放で、今まで他界した父や兄弟から支援を受けての生活だった。今回も自分が援助して帰国した。自分も高齢であり、いつまで支援できるか分からない。他人に迷惑をかけないうちに入所させてほしい。」と希望された。

兄に、本人の気持ちを変えさせる必要がある事を理解してもらい、入所までの間、安全な生活が送れるように、本人の意向を尊重しつつ、段階的に介護サービスを提案して、利用することの同意を得た。こまめに訪問して、時間をかけて本人との信頼関係を築くことを心掛けた。CMが一番の理解者であること。CMが紹介する訪問者は、すべて支援者であることを説明して、本人の同意を得て訪問介護、訪問看護の導入を行い、配食サービス等を順次、必要性を説明しながら導入した。介護サービスの受け入れは順調で、生活は少しずつ改善した。しかし、終日の見守りは難しく、その都度、独居生活の継続は難しいことを本人へ説明した。医師とも連携を図り、本人に医師から病状や施設入所の必要性について説明してもらうことで、少しずつ、本人自身の言動に変化が見られ始めた。また、兄を含め他の兄妹誰もが、本人の面倒をみられないことに、本人自身が気づき、徐々に考えが変わっていった。

CMと兄と一緒に、特別養護老人ホーム、養護老人ホームなどの見学に行くことを受け入れて、入所金や生活環境について施設の説明を受け、自分の所持金で入所可能な養護老人ホームを本人

自身で選択された。

施設入所後もCM、介護サービス事業所は、継続利用できることを説明すると、素直に喜ばれた。施設外出も可能であることを知り、自分から申込んで入所された。現在も認知症状は進行しているが、介護サービスを追加利用しながら施設で自由に過ごされている。

♥先輩Yさんより

単身高齢者宅への訪問

<事例>

80歳 女性 独居 要介護1 認知症高齢者自立度Ⅱa キーパーソン次女

要支援時より短時間のデイサービスをご利用していた。要介護の認定を受ける数か月前まで長女が不定期だが訪問を行っていた。長女が病気をし、次女は忙しく訪問がないため、訪問者が減った。この時期と更新認定の時期が重なり、環境の変化からか本人の認知症状の進行（短期記憶障害・被害妄想・火の不始末より近隣からの苦情）より支援から介護へ認定が変わった。居宅支援開始時のキーパーソンとなった次女は、片付けられずゴミ屋敷化している家の片付けや台所の賞味期限切れの処分の為、ヘルパー利用のご意向あり。しかし、本人はヘルパー利用に関しては強い拒否があり利用開始できず、本人は要介護になったことを受け入れられず、居宅ケアマネ＝要介護のイメージとなり、毎月の訪問時もぎくしゃくしていた。その様子はキーパーソンである次女には伝えられていたが、半年経つ頃、長女の体調も良くなり長女の訪問が少しずつ再開された為、長女がキーパーソンに変更された。ケアマネは長女とは変更になった際に挨拶をして以来、連絡がつきづらくなっていた。

その2ヶ月後、ケアマネの訪問後に「財布がない。ケアマネが盗った」と騒ぎになる。長女は本人に認知症状はないと信じている。ケアマネは次女の情報と日頃の物忘れの状態より被害妄想によるものだと考察するが、現場には本人とケアマネしかいなかった為、本人のケアマネに対する不信感によりケアマネを変更することで終了となった。

単身高齢者宅への訪問は、普段より本人の状況を主観を交えず、客観的に起こった事実をありのまま（例：訪問時に印鑑や保険証を探されていました。デイサービスの送迎時によく鍵を探されているそうです。等）をご家族に伝え、密に連絡を取り合い、信頼関係を構築することで支援の方向性や導入のタイミングを図れることはもちろん、ケアマネ自身の身を守ることになるのだと反省したケースであった。

医療との連携のポイント

♥先輩Hさんより

主治医との関係づくり

- 主治医意見書で医療系サービスの主治医の指示を確認する…訪問診療、訪問薬剤、訪問看護、訪問リハビリなど
 - ① 病院の医療相談室・地域連携室のMSWもしくは受付で主治医の面談方法を確認する
 - ② 病院によっては、診察時間外の面談や、訪問看護指示書の郵送を指示する場合もある。
 - ③ 訪問看護ステーションが、主治医に指示書の依頼をする事業所も有るので、訪問看護事業所に確認が必要。
- 病状確認や退院前のサービス確認などで、訪問する場合なども事前に、病棟看護師やMSWと約束をしてから訪問する。
- 利用者の診察時間に同行する場合も、事前に連絡を入れ、自己紹介と何の為に同席するのかを説明した上で許可をもらう。
- 最低限のビジネスマナーは、きちんと備えておく。
- 決まった手順で連絡を取って、その先生に合わせた連絡方法をきちんと把握しておく。
- 本人や家族が医師の前で聞きにくいことなど、困っていることを箇条書きにしてまとめ、それを家族に持参してもらうことで、アドバイスをしてもらいやすい。
- 先生に何を聞きたいのか。そのためにどんな情報を提供する必要があるのかなどを事前に整理しておく。
- 最低限の医療知識を持って訪問する。(病気の症状、今後の予後予測、薬の作用・副作用、利用者の生活に影響を及ぼすこと…食事は外食や惣菜購入、薬が飲めない、薬の飲み方がわからないなど利用者情報を伝えて、今後、気をつける事など指導・アドバイスを受ける)

♥ 先輩Hさんより

終末期利用者の看取りについて

「人生の最後をどう迎えるのか、看取りにおけるケアマネジャーの役割」

【事例の概要】

70歳代男性、妻と子ども2人と同居、要介護1の認定を受けているが、介護サービスは利用していなかった。自宅で吐血され緊急入院となった。入院当初から、認知症のため検査の理解・協力が難しく、点滴の自己抜針が見られた。「帰りたい」と病棟を出歩く行動も見られた。主治医の勧めもあって、ご家族は、在宅での看取りを希望されてMSWより、在宅調整の依頼がケアマネジャーにあった。退院に向けて、病棟で退院前カンファレンスを開催した。

出席者：担当医、病棟看護師、MSW、妻、子ども、往診担当看護師、訪問看護師、福祉用具担当者、ケアマネジャー

担当医から「腫瘍マーカーは高値で何らかの腫瘍は否定できない。認知もあり詳しい検査が行えず確定診断ができない。今後の予後予測も不明です。全身の病態から終末期と考えています。入院して行動が制限されるより、自宅で好きなことをさせてください。」と終末期にあり、限られた時間であることが伝えられた。ご家族も「動ける間は、大好きな庭を眺めたり、飼い猫と過ごさせたい。」と終末期であることを受け止められておられた。ご本人には、病状や予後に関することは告知しないことを選択された。

退院時のADLは、尿意・便意は不明で、終日オムツを使用。食事は、バナナ・ヨーグルトが主食で自己摂取している。昼夜逆転があり、介護の拒否や暴力行為も見られた。

【退院後の医療・介護サービスの調整】

「がん」の確定診断がなく、介護保険でサービスを利用することになった。下肢筋力低下や認知症の進行もあり通院は、ご家族にも負担になると考え、訪問診療・訪問薬剤の導入と訪問看護を利用して病態確認や医療連携を図ることになった。布団の上でのおむつ交換や食事介助は、ご本人にも苦痛であり、介護負担も大きく、立ち上がり時の転倒予防なども考慮して、特殊寝台の例外給付申請と区分変更申請を退院に合わせて行うことをカンファレンスで確認した。

退院直後は、庭に下りて過ごすこともあったが、終日オムツ除去行為が見られ、ご家族が交代で見守りを行っておられた。3ヶ月目頃から、徐々に食事が摂れなくなり、起き上がりも困難な状態となり、オムツ交換や清潔援助で訪問介護を導入した。ご家族から点滴の希望があり、訪問看護師と往診担当看護師が、点滴を1日1本行った。ターミナル期に入り、自己喀痰が難しくなり、喀痰吸引が必要になったが、ご家族に吸引の手技を指導して、ご家族も行うことができるようになった。約4ヶ月の闘病生活を経て、在宅でご家族に見守られながら旅立たれた。

【ケアマネジャーの役割】

在宅での看取りは、医療的な対応が中心に思われがちですが、ご利用者は、家での生活を望んでいる生活者です。なによりも人生の最後をどう迎えたいか、ご家族と一緒に迷い・考えて思いに向き合い、生活の支援を視点に、ケアプランを作成することが大切です。看取りのプラン作成も、ご利用者が望む生活を聞くことから始めます。ただ「残された時間は限られている」こと

を意識して、ご利用者・ご家族に病態の予測を伝えて、それに伴うケアの意味づけを説明することは、ご利用者・ご家族に安心感を持っていただくために大切なことです。

終末期という状態は、発熱や嘔吐、転倒などで、急速なADLの低下や病状の急変が見られます。病態に合わせて特殊寝台・床ずれ予防マット等の例外給付申請や介護保険の区分変更申請を行うと、結果が間に合わないことが多々あります。病態を予測しながら早め早めの対応が必要です。今回は、退院日にそれぞれの申請を行い、3週間目に『要介護3』の認定を受けることができました。このとき「終末期であり結果を急いでいる」ことをきちんと調査員に伝えることが大切です。

かかりつけ医から訪問診療に変更する際、病院担当医やMSWから、ご家族や医療機関に説明していただくとスムーズに変更しやすくなります。

今回「がん」の診断名がないこともあって、訪問看護を介護保険で最後まで利用しました。訪問看護は、緊急時訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算（死亡月のみ）など体制加算が多くあります。負担限度額内で利用できているか、特に、緊急訪問の際は、その都度、負担限度額の確認が必要です。訪問看護は病名によっては、医療保険での訪問も可能です。病院・診療所や訪問看護事業所に、利用する保険制度や訪問回数・サービス内容（処置内容）の連携を常に図ることが必要です。

ご家族が、徐々に衰弱するご利用者の姿を見て「点滴をして欲しい」「自分では動けないから入院させたい」とケアマネジャーに話されることがあります。ご利用者の衰弱していく様子を目の前にして、家族間でも看取りに対する考え方の違いが見られます。家族間の思いが同じ方向に向いていないと、何らかの結論を求められた時に、ご本人が望んでいた方向と全く違う結論になってしまうこともあります。ご家族の思いや迷いを相談されたときには、ケアマネジャーが一人で悩まないで、その都度、往診医や訪問看護師に報告することが大切です。そのためにも訪問回数を増やして、ご家族の不安な思いを傾聴する機会を持ちましょう。そして、ご家族のストレスケアに役立てましょう。特に、主治医との連携を図ることで、体調の変化に応じて、月単位の調整から週単位へ、数日単位の臨死期に向けて、タイムリーに調整することができるようになります。経験を積むことで、病態の変化やアクシデントを予測しながらマネジメントできるようになります。

最後に、ご遺族が大きな悲しみから立ち直るためのケアであるグリーフケアで弔問することは、ケアマネジャーにとっても喪失感から立ち直る機会になります。

在宅酸素や福祉用具の引き上げは、葬儀などセレモニーが執り行われてから、引き上げを行うのが一般的ですが、ご自宅での葬儀やご自宅の処分を急ぐ場合もあります。とくに、生活保護受給者の方の場合は、担当ケースワーカーに確認をしましょう。

♥先輩Nさんより

退院調整のケアマネジメントについて

①サービス付高齢者向け住宅（サ高住）に入居した際の調整について

＜事例＞ 80 歳、女性、要介護 5

病歴：パーキンソン病、認知症、胆石症

特養に入所されていたが、病状が不安定で入退院を繰り返され 1 か月として入所生活が継続できない状況。今回の入院も誤嚥性肺炎による入院。退院後は特養を退所。かかりつけ医の関連施設であったサ高住への入居を希望された。

以前より、栄養、薬は胃ろうより注入、唾液や痰の吸引も行われている。唾液の量が多く、吸引対応が追いつかないために、口角より体外に流れるよう終日側臥位にされていた。パーキンソン病に特有のオン・オフがはっきりしており、薬での症状コントロールが、日常生活を過ごすためのポイントとなっていた。

サ高住入居にあたり、家族の意向で契約締結。病棟看護師とリハビリスタッフと面談。約 2 カ月後の入居をめざし、ケアやリハビリの検討を行った。入居 2 週間前にサービス担当者会議を開催し、病状、ADL、留意点、プラン及び緊急時の対応について確認した。

退院、サ高住へ入居時同行。退院時のサマリーで、2 週間前の病状と大きな変化がないことを確認。入居後は随時サービス事業所、施設からの連絡を受け情報共有に努め、約 2 週間後にモニタリングのため訪問した。

当初のプランでは、訪問介護で吸引が可能なスタッフの配置が困難であるとのことで、就寝前は訪問看護師で吸引を行うこととしていた。痰の吸引は、繰り返す誤嚥性肺炎を予防するために重要であったので、毎日プランに掲げていた。

ところが、急に訪問看護ステーションの人員が変化したことや、訪問看護で行える訪問回数の上限を超えての訪問となるために、就寝前の訪問看護は保険外のサービスとなり、経済的な負担が大きくなるとの意見をこの頃になって言われた。痰が少なくなっている印象は受けたが、現在も吸引は行われており、プランを見直さざるを得なかった。

医療行為は誰でも行えるものではないので、事前に重ねて確認したつもりだったが、わずかの間に体制が変わり困ってしまった。このケースでは、施設側が急ぎ夜勤者に看護師を配置するなど好意的に動いてくれ助かった。この利用者には欠かせない痰の吸引。事業所の体制の不安定さを見抜けなかった。また診療報酬の仕組みも今一つ分かっていなかった自分を反省した。

②単身者で自宅へ戻る際の調整について

＜事例＞ 92 歳、女性、要介護 3

病歴：うっ血性心不全、慢性気管支拡張症、左膝関節脛骨近位端骨折後

上記疾患の急性増悪で入院中。入院以前は地域包括支援センターのケアマネが担当。区分変更にて要介護 3 となり居宅介護支援の依頼があった。

入院後低下していた ADL は見守りレベルにまで回復されており、退院後も一人暮らしで頑張りたいと言われる。退院準備として担当の OT が自宅を訪問。現状と住環境をアセスメントしたうえで、退院時カンファレンスが開かれた。同日ケアプランを立てるためアセスメントを行った。

初期のプランでは出かけるのは億劫で入院前は定期受診が出来ていなかったこと、在宅酸素が導入のボーダーラインにあることで訪問看護を週 1 回、自宅での ADL 再獲得のため訪問リハビリを週 2 回、生活援助および入浴時の見守りのため訪問介護を週 3 回で提示した。

本人には煩わしく感じられたのか訪問看護は拒否された。現状ではリハビリ後も SPO₂は低下せず、訪問看護は入らなくても良いと判断。リハビリは現状継続のイメージですんなりと受け入れられたため、訪問リハビリ時に SPO₂を含めた体調を観察することとした。独居のため玄関の開錠・施錠に配慮し訪問介護と訪問リハビリとを同日調整するなど合意を得て退院した。また今後の定期受診については、月に 1 回程度のため、D 市在住の息子家族が協力してくれる目途がついた。

入院中は療養上の指示が守れ、服薬もきちんとでき病状は安定していた。土曜日の退院であったため月曜日に訪問すると、タバコを再開したり訪問介護で依頼していた家事の一部を行ったりと安静が守れていなかった。また服薬も出来ていなかった。病状が悪化せず、自宅での生活を維持するためにはプラン変更の必要性を感じ、訪問看護の導入、訪問介護追加等の調整を行った。

しかし退院後 4 日目にして、訪問介護時に開錠のために起き上がる事もできないほど息苦しさがあり、翌日には救急車で搬送。再入院となった。

地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて

♥先輩Aさんより

地域の社会資源を活用したケアマネジメントについて

<事例>

Kさんは87歳の女性で、ご主人を20年ほど前に亡くされ、以来一人暮らしです。子供はなく、亡き夫の弟さん夫婦がキーパーソンとなっています。アルツハイマー認知症と心疾患があり、長谷川式テストは14点で、記憶力、理解力、判断力、実行機能力の低下があり、一人暮らしを継続できるか？ぎりぎりの状態です。幸いなことに、健康への意識は高く、毎日自分で血圧を測りノートに記録することはできます。大きな月めくりカレンダーに、薬を薬局が貼り付け、その薬がなくなると一人でカレンダーと血圧ノートを持参して受診をしています（受診予定日も大きくカレンダーに記載）。また自分で調理もしていますが、火の不始末ありません。

ところが会話の内容は全く覚えていませんし、通帳などの大事な物を紛失することも多く、冷蔵庫の中には賞味期限切れの食材が並んでいます。Kさんはプライドが高く「何も困ったことはない」と言われ、ヘルパーの援助は週1回の掃除のみです。

こんなに認知症があるのに、なぜ一人暮らしが可能かという、ほぼ毎日近隣の友人が訪問しているからです。食事の差し入れも頻繁で、一人で暮らしているのに、寂しさを感じることなく過ごしています。その友人達との付き合いは30年以上と長期間であるために、Kさんにとっては家族のような感覚で遠慮なく付き合っています。

ある日Kさんは屋外で転倒され、右手首を骨折しギプス固定となりました。1ヵ月以上の間、病院への付き添いから、毎日の食事の準備まで近隣の友人達が援助され、ヘルパーの訪問回数を増やすことなく無事治癒しました。骨折した直後にケアマネが訪問した際、本人さんは骨折部の痛みの訴えはありましたが、「明日からの食事をどうしよう？」「病院の受診をどうしよう？」などは心配されておらず、友人達に頼りきっていました。

このような近隣による援助の場合、ケアマネの視点として、「援助している方が負担となっていないか？」を確認する必要があります。また「何かあった時の連絡は誰にすれば良いのか？」を援助している方が心配されているケースもありますので、その友人にケアマネが面談し、負担を確認したところ、「昔からの付き合いなので大丈夫です。」との返答がありました。「援助をする上で何か困ったことや、本人さんの言動に変化があった時は教えて下さい」とケアマネの連絡先を教えました。またご家族からも、友人達への連絡と感謝の意を伝えることで、現在も友人達による援助は続いています。

ただしこのような近隣の援助に、本人が頼り切っている場合は、本人が自分の現実を認識することを妨げます。自分の将来を考えるきっかけを先延ばしにし、「いつまでもご近所に迷惑はかけられないから」と、ご家族が施設入所を勧めても、困っていない本人さんは納得しません。またこのような近隣の援助は、両者の信頼関係が崩れた時に終わります。認知症の進行により物盗られ妄想が出現して、「せっかく色々援助をしたのに泥棒扱いされた」と後味の悪いケースになる場合もありますので、近隣の友人による援助が可能な範囲についての見極めが必要です。

基本的なケアマネジメントの経験談について

地域包括ケアシステムの考えからは離れますが、介護保険制度が始まってから、先輩方が積み上げてきたケアマネジメント力を後輩に伝承していくことも大切だと考えて、経験談を掲載しています。

♥ 博多区、南区事業所の先輩達より

安易なサービス休止をして後悔したことについて

高齢者夫婦で妻に認知があり介護状態、尿混濁があるうえ、もともと水分を取りたがらないこともあり、デイ・訪看・ヘルパーの全事業所に重点的に取り組んでもらっていたが、「お盆は二人で静かに過ごしたい」と本人、夫より希望があり、お盆中は全サービスをお休みにした。休み明けに脱水から脳梗塞を発症した。本当に必要なサービスは安易に休止するべきではない、と学びました。

ショートステイ利用中に残存機能が低下してしまったことについて

- ・ 主介護者の夫が倒れ入院。急きょ本人には 20 日間程ショートステイを利用してもらったが、「できるだけ歩行の機会を作る」という一文をケアプランに入れてなかった為、ショート中ずっと車椅子生活となり 20 日後には歩けなくなっていた。訪問リハとデイサービスの機能訓練を強化し歩けるようになったが、以降ショートを利用する際には歩行の機会を作ってもらうようにしている。
- ・ ショートステイをする際、施設側に基本情報、ADL など全て伝えていたが、デイサービスや家族で毎日行っている仙骨部の褥瘡初期のチェックを伝え忘れ、ショートステイの数日中に褥瘡が悪化してしまった。入浴も清拭も拒否した数日だったため、施設の職員も身体チェックをすることができなかった。もし、上記情報を伝えていたら多少無理にでもチェックをしてもらい、それなりの対応をして頂いたはず。ショートステイ利用時は、嚥下状態などの健康状態を含めたリスクの申し送りを行うことが大切です。

胃ろう造設している方の経口摂取について

- ・ 胃ろう造設して 2 年近くになる A さん。誤嚥性肺炎で入退院を繰り返されており、経口摂取は全くできていなかった。主介護者の奥様より虫歯の治療と歯が抜けて誤嚥する危険があると相談があり、訪問歯科を導入した。虫歯の治療、口腔ケア（それまで訪問看護で行っていた）できちんと口腔内が整った。嚥下内視鏡検査を往診の医師とケアマネ立ち合いで行い嚥下機能の残存が確認された為嚥下訓練を行った。
- その結果、2 年ぶりに奥様手作りのプリンを 2 さじ経口摂取することができた。今は少しずつ増えてプリンやヨーグルトを 7 さじ位まで召し上がることができるようになっている。家族への指導がしっかり行われ奥様がまじめに取り組まれた成果だと思う。なによりプリンやヨーグルトが口に入った時の本人の表情が全然違うので感動してしまった。

サービス担当者会議時の工夫について

- ・私は、サービス担当者会議に力を入れます。ご本人、ご家族の意向、各事業所からの意見、細かな打ち合わせ等、情報を共有し議事録に書き、（注意・依頼）事項にはマーカーを入れて各事業所に渡しています。しっかり打ち合わせをすることで、サービスもスムーズに流れてチームの信頼関係もできてくると思います。ケアマネも楽になります。

区分変更時の主治医との連携について

- ・身体状況の変化に伴い家族に区分変更の説明をしたところ申請を希望される。主治医に対しては家族が伝えると言われたため、特に対応せず市役所に申請手続きを行う。区役所から主治医へ意見書の要請があり、主治医は状態が変わっていないので申請の必要はないとコメントされる。結果として区分変更取り下げとなる。後に家族は区分変更申請について承諾していないとケアマネが勝手に行動したように話をされ残念な思いをした。

ケアマネジメントで困った時の相談先について

- ・困難なことに遭遇した時、包括支援センター、社内のスーパーバイザー、主任ケアマネ等、一人で悩まずに相談できる場所や人を作っておくことも大切ではないでしょうか。色々な研修会や勉強会に参加することで自分自身の研鑽を積むこともできるし、人との出会いもできますよ。

訪問介護サービスの援助内容について

- ・ヘルパーでできるサービス、できないサービスがはっきり理解できておらず、利用者から本当の意味での自立支援について誤解を招いたことがあった。（利用者や家族側は、ヘルパーと家政婦を同等の援助内容と勘違いさせてしまった。）

要介護度が下がったために、福祉用具貸与が例外給付の取扱いになったことについて

- ・要介護2から要介護1になった利用者に特殊寝台の例外給付をお願いされた。ベッドを掃除するとき以外は、高さや角度は固定で使っていたため、普通のベッドや自費レンタルベッドを勧めたが入れ替えが面倒臭いと言われ聞き入れてもらえなかった。

区分変更時の居宅サービス計画依頼届出について

- ・区分変更の手続きを行う時に、その結果が要介護か要支援のどちらになるか判断が難しい中でサービスを実施する場合、包括、居宅のそれぞれから居宅サービス計画書依頼届出書を区役所に提出しましょう。

記録について

- ・担当者会議が重なって記録が追いつかない時があり、後で書こうと思い放置したら、その後も新規やプラン変更などが重なり忘れてしまっていた。後で思い出しながら議事録を書くのがとても大変だった。

サービス日時を利用者に伝えるための工夫について

- ・認知症の方でないため、理解が可能と思い込み、週間サービスや利用票を口頭の説明で終わらせたが、利用者は会議で多くのことを聞かされ、混乱なさっていた。その後再度訪問して、カレンダーに書き込みを行ったところ、次回以降はヘルパーを待って頂けるようになった。
- ・介護タクシー予約時間の聞き違いで、病院受診に支障が出て気分を害されました。次回からは月間カレンダーに時間を記入して手渡し、聞き違いや言い違いがなくスムーズに計画通りに行っている。
- ・訪問時間について、例）14：00、PM2：00 です。と伝えていても、混乱されPM4：00とされている方が2件ありました。その後は午前・午後との言い方でお話しています。
- ・11時の予定で訪問だったが10分位遅れそうだったので、携帯電話で利用者様へ連絡しようとしたが電話が通じず、そのまま自宅へ行き11：10頃到着した。家族は10：30訪問だと思っておられ、40分待たされたことで大変お怒りだった。

<対策>

時間をいろいろ設定するより、生活パターンから家族が覚えやすい10：30で訪問日の曜日と時間を固定し、日にちのみを相談して決めることにした。

被爆者手帳や特定疾患医療受給者証を持っている方について

- ・アセスメント時の情報収集不足（種々の手帳確認）と、サービス事業所においても確認が不足していたため、約1年間気づかず利用料を請求していた。

ちょっとした失敗談

- ・加算の取り方が間違っていて、1ヶ月経ったときに単位がオーバーしてしまい、ご利用者様に負担をかけてしまった。
- ・夫婦で介護保険利用者。夫の担当者会議に呼ばなくていい妻の福祉用具事業者を呼んでしまったこと。
- ・住宅改修を一度行い、区分変更後3段階上がっているものと判断したこと。
(× 要介護1→3) (○ 要介護1→4)
- ・デイサービスご利用の家族より利用日の変更を聞いたが、通常は、利用者がデイと直接やり取りされていたので、CMからデイに伝えなかったため、送迎に来ないと利用者から電話があった。デイがすぐに対応してくれたため、ことなきを得た。基本、CMが事業所へ依頼するのを怠ったために起こった。いつもの事でも「だろう」ではなく、確認が必要だった。

♥ 城南区事業所の先輩達より

「ケアマネジャーとして勤務して初めてのアセスメントからケアプランの稼働まで」

入職後、プリセプターの指示のもと1週間はマニュアルや、引き継ぎ予定の方の情報の確認を行う。担当する利用者は1ヶ月に10人ずつ3ヶ月で30人を引き継ぐ予定と説明を受ける。現在入院中で3週間後に病院を退院予定のI氏を最初に支援することとなった。

入職から約1週間後、管理者とともに面会に来られた家族と面談。担当ケアマネジャーとなることを説明。ご家族の意向を確認後、病室に行き本人と面談し退院後の生活の意向確認、アセスメント聞き取りを行う。介護認定期間が翌月で切れるため申請書類にサインをいただき介護保険被保険者証を預かる。翌日申請書類をプリセプターにチェックしてもらい介護認定更新申請の代行を実施。プリセプター同行にて病院看護師やカルテから情報を収集する。それらの内容をもとにアセスメント作成しプリセプターにチェックしてもらう。前担当者の書類を基に作成したものであったため、自分のアセスメントになっていないとの指導を受けて作り直す。

退院後利用希望の6事業所への利用調整と担当者会議の調整を行う。1事業所だけ時間都合がつかなかった事を報告すると、その事業所が来なくても大丈夫な会議なのか考えるように指導受け、再度連絡して全事業所及び病棟看護師とリハビリ担当スタッフが参加できるように時間調整変更を行う。

ケアプランの原案を作成。その内容を基に居宅のケアマネジャーで担当者会議のロールプレイングを実施。その後プランの内容についても検討会を行い、ケアプラン原案の修正を行う。サービス利用票とサービス提供票の作成を行う。

プリセプター同席にて担当者会議開催。会議後進行の仕方などについてプリセプターより指導を受ける。担当者会議の議事録を作成。プリセプターに書き方の指導を受ける。退院翌日、自宅訪問し退院後のアセスメントを実施。モニタリング訪問後、モニタリング表作成し、プリセプターの指導を受ける。

【所感】

以前ケアマネジャーとして短期間とはいえ勤務した経験もあり、相談員として多くのケアマネジャーと関わってきたことから業務の流れは把握しているつもりであったが、ひとつひとつの業務について指導を受けることでそれぞれの業務の重要性を理解することができた。

担当者会議の調整では、都合がつかないからと簡単に照会するのではなく、必要であれば再度時間調整をし直してでも内容のある担当者会議を開催することが重要と学んだ。担当者会議も事前にロールプレイングを行ったことで円滑に進行することができた。プランも多くの人に見てもらうことで様々な視点が生まれ、自分がなぜその目標や援助内容を作ったのか再度見直すことができた。

最初に作ったアセスメントはしっかりと作ったつもりだったが、前の担当者の作成したものから変わっていないと指導を受けた。当初、同じ人を見て作るのであれば同じようなアセスメントができるのではないかと考えたが、実際に作り直すと出てくる課題の内容が変わり、ケアプラン作成もしやすくなった。その後引き継ぐ全ての担当者のアセスメントを作り直したが、アセスメントの重要性を理解できるようになった。ケアマネジャーはそれぞれが、各分野で経験を積んだうえで取得するため、自分がやって来たことに近い内容についてはできているように思ってしまうが、実際にケアマネジャーとして業務するにあたってはできていると思っていることでも、周囲の確認や指導を受けることで、新たな視点も生まれ、重要であると思った。

☆主治医との連絡用様式（福岡市医師会版）

様式 1 介護保険主治医連絡票

別紙 1 主治医連絡回答書・主治医指導票

別紙 2 主治医指導票

介護保険主治医連絡票

平成 年 月 日

送 付 先 (主 治 医)	様
発 信 者 (ケアマネジャー)	【 TEL FAX 】

お世話になっております。

ご多忙中申し訳ありませんが、介護保険のケアプラン作成にあたり、主治医の先生との連携をスムーズにするためにファックスさせて頂いております。

今回、 様の要介護認定結果とサービス計画表につきまして、下記のとおりご相談させていただきます。恐れ入りますが、ご確認の上、ご指導賜りますようお願い申し上げます。

記

住 所 ・ 氏 名	(住所)		
	(氏名)		
要 介 護 度	要支・要介1・2・3・4・5	支給限度額	単位/月
認定有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
依 頼 内 容 (該当項目に○)	1. ケアプラン作成のためのご相談 →別紙1「主治医連絡回答書・主治医指導票」でご指示願います。 2. サービス計画表のご報告 →ご指示等がありましたら別紙2「主治医指導票」でご指導願います。 3. ケアプラン変更に伴うご報告及びご相談 →別紙1「主治医連絡回答書・主治医指導票」でご指示願います。		
備 考			

(週間サービス計画表・サービス提供票) も併せてお送りしております。

第4章

福岡市の介護支援専門員支援体制等

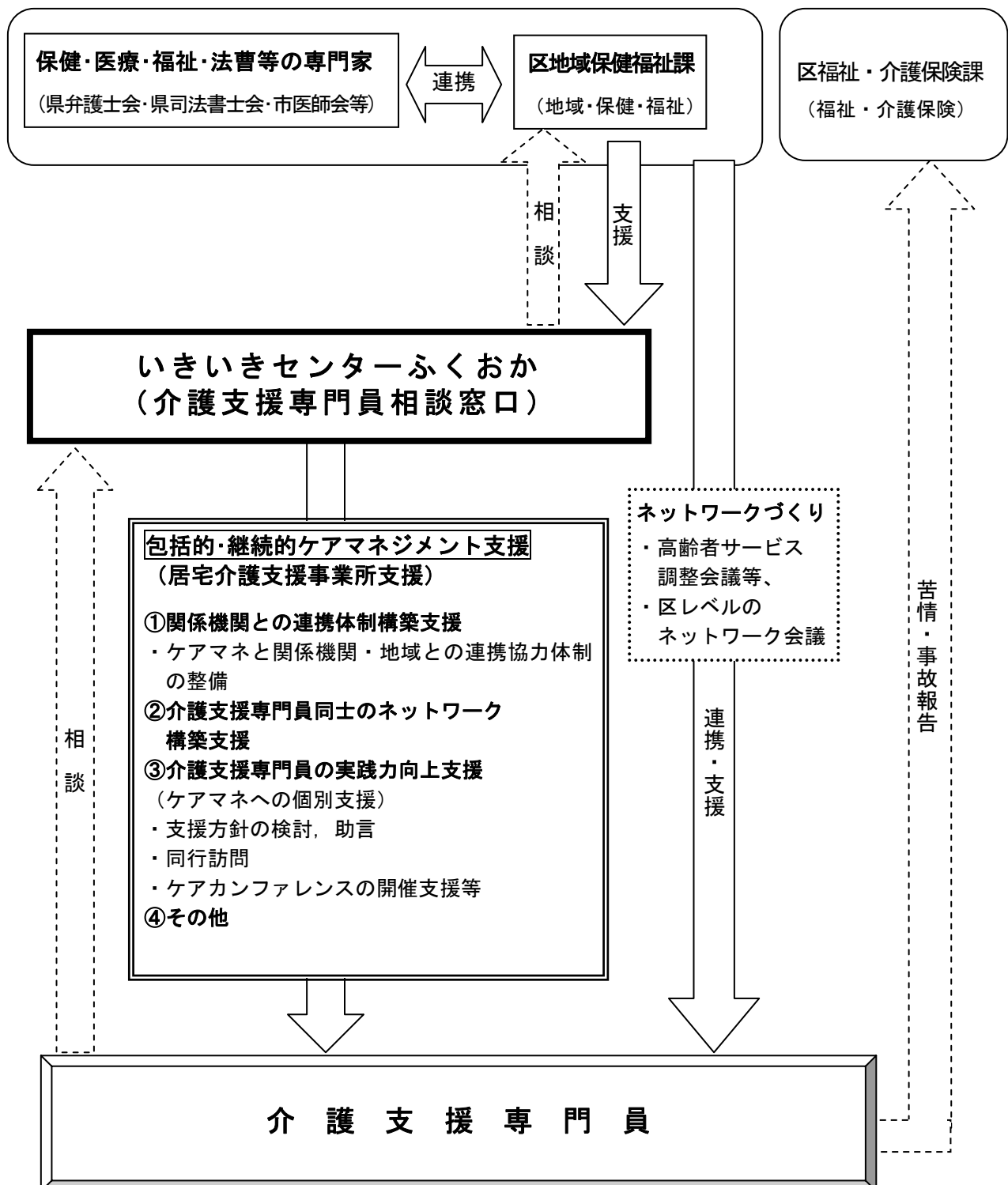
第1節 福岡市の介護支援専門員支援体制

- ☐ いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の役割
- ☐ 高齢者虐待チェックシート

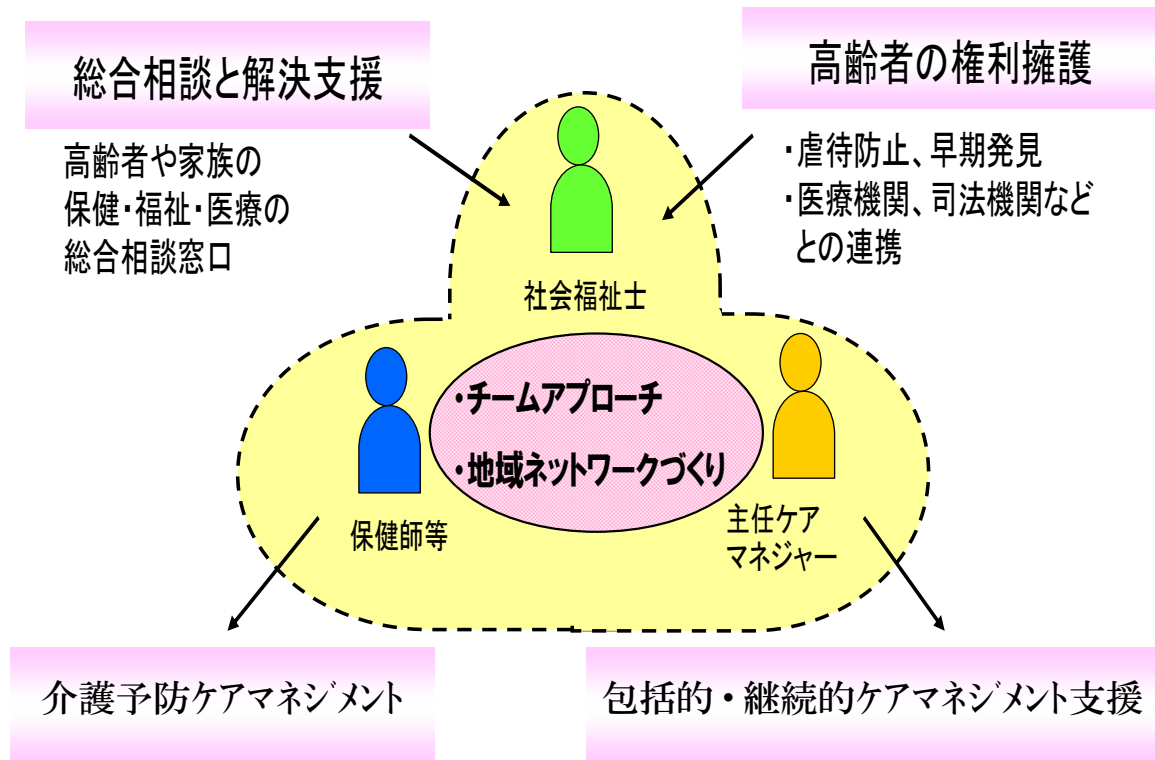
第2節 ケアマネジメントの自己評価

- ☐ 自己のケアマネジメントを振り返ってみましょう

第1節 福岡市の介護支援専門員支援体制



いきいきセンターふくおかの役割 (地域包括支援センター)



生活機能の低下した高齢者
(二次予防事業対象者) の介護予防支援
介護予防サービス計画作成
↓
シニア健康教室等のサービス利用
↓
効果の評価

- ・ ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
や困難事例等への指導・助言
- ・ 地域、医療機関、施設などへのネットワー
クづくり

○ いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）は、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員が協働し、高齢者虐待等の権利擁護他、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等で圏域内のケアマネジャーへの支援を行っています。

◆ 「高齢者虐待チェックシート」

高齢者虐待が疑わしいと思われた際等、参考にご利用ください。

高齢者虐待待事実確認票（チェックシート）

確認日：平成 年 月 日
平成 年 月 日

対象者氏名；		確認者氏名（記入者に○）；		確認場所；		確認時の養護者の有無		判 定	
通報	確認日	確認項目	該当項目を○で囲み、他に気になる点があれば（　）に簡単に記入	証拠（事実なしの証拠を含む）	虐待の事実	有	無	口	その他（　）
身体的虐待		あざや傷の有無	頭部に傷、顔や腕に腫脹、身体に複数のあざ、頻繁なあざ、その他（　）	1なし 2写真等（　） 3目視等（　） 4介護・看護記録等（　） 5その他（　） 6不明	1なし2あり3疑いあり4その他5不明			1とくにない 2支援を要する状況が続くおそれ 3重大な結果を生じるおそれ 4重大な結果を生じている	
		あざや傷の説明	つじつまが合わない、求めても説明しない、隠そうとする、その他（　）						
		行為の自由度	自由に外出できない、自由に家族以外の人と話すことができない、その他（　）						
		態度や表情	おびえた表情、急に不安がる、家族のいる場面いない場面で態度が異なる、その他（　）						
		話の内容	「怖い」「痛い」「怒られる」「家にいたくない」「殴られる」といった発言、その他（　）						
		支援のためらい	関係者に話すことを躊躇、話す内容が変化、新たなサービスは拒否、その他（　）						
放棄・放任		その他							
		住環境の適切さ	異臭がする、極度に乱雑、ベタベタした感じ、暖房の欠如、その他（　）	1なし 2写真等（　） 3目視等（　） 4介護・看護記録等（　） 5その他（　） 6不明	1なし2あり3疑いあり4その他5不明			1とくにない 2支援を要する状況が続くおそれ 3重大な結果を生じるおそれ 4重大な結果を生じている	
		衣服・寝具の清潔さ	着の身着のまま、濡れたままの下着、汚れたままのシャツ、その他（　）						
		身体の清潔さ	身体の異臭、汚れのひどい髪、皮膚の潰瘍、のび放題の爪、その他（　）						
		適切な食事	やせが目立つ、菓子パンのみの食事、余所ではガッツガツ食べる、その他（　）						
		適切な医療	家族が受診を拒否、受診を勧めても行った気配がない、その他（　）						
心理的虐待		適切な介護サービス	必要であるが未利用、勧めても無視あるいは拒否、必要量が極端に不足、その他（　）						
		養護者の態度	援助の専門家と会うのを避ける、話したがらない、拒否的、専門家に責任転嫁、その他（　）						
		その他							
		体重の増減	急な体重の減少、やせすぎ、拒食や過食が見られる、その他（　）	1なし 2写真等（　） 3目視等（　） 4介護・看護記録等（　） 5その他（　） 6不明	1なし2あり3疑いあり4その他5不明			1とくにない 2支援を要する状況が続くおそれ 3重大な結果を生じるおそれ 4重大な結果を生じている	
		態度や表情	無気力な表情、なげやりな態度、無表情、急な態度の変化、その他（　）						
		話の内容	話したがらない、自分を否定的に話す、「ホームに入りたくない」「死にたい」などの発言、その他（　）						
性的虐待		適切な睡眠	不眠の訴え、不規則な睡眠、その他（　）						
		高齢者に対する態度	冷淡、横柄、無関心、支配的、攻撃的、拒否的、その他（　）						
		高齢者への話の内容	「早く死んでしまえ」など否定的な発言、コミュニケーションをとろうとしない、その他（　）						
		その他							
		出血や傷の有無	生殖器等の傷、出血、かゆみの訴え、その他（　）	1なし 2写真等（　） 3目視等（　） 4介護・看護記録等（　） 5その他（　） 6不明	1なし2あり3疑いあり4その他5不明			1とくにない 2支援を要する状況が続くおそれ 3重大な結果を生じるおそれ 4重大な結果を生じている	
		態度や表情	おびえた表情、怖がる、人目を避けたがる、その他（　）						
経済的虐待		支援のためらい	関係者に話すことをためらう、援助を受けたがらない、その他（　）						
		その他							
		訴え	「お金をとられた」「年金が入ってこない」「貯金がなくなった」などの発言、その他（　）	1なし 2写真等（　） 3目視等（　） 4介護・看護記録等（　） 5その他（　） 6不明	1なし2あり3疑いあり4その他5不明			1とくにない 2支援を要する状況が続くおそれ 3重大な結果を生じるおそれ 4重大な結果を生じている	
		生活状況	資産と日常生活の大きな落差、食べる物にも困っている、年金通帳・預貯金通帳がない、その他（　）						
その他発生状況		支援のためらい	サービス利用負担が突然払えなくなる、サービス利用をためらう、その他（　）						
		その他							
虐待が始まったと思われる時期			平成　　年　　月頃から						
虐待が発生する頻度；									
虐待が発生するきっかけ；									
虐待が発生しやすい時間帯；									

正修部の一様式を授けみけ田副東京大学都首典出

第2節 ケアマネジメントの自己評価

◆ 自己のケアマネジメントを振り返ってみましょう。

ケアマネジメント 自己評価表

1 居宅介護支援業務の説明と同意		
①重要事項の説明をし、文書を利用者・家族に交付していますか	はい	いいえ
②居宅介護支援事業の契約を書面でしていますか	はい	いいえ
③個人情報を担当者会議で用いる場合、書面で同意を得ていますか	はい	いいえ
④居宅サービス計画作成に、利用者の参加が重要であることの理解を得ていますか	はい	いいえ
2 課題分析		
①初回ケアプラン作成時、居宅を訪問し利用者に面接していますか	はい	いいえ
②生活全般の課題に関する情報を収集していますか	はい	いいえ
③生活の状況を具体的に把握していますか	はい	いいえ
④課題分析票を使用し、記録を残していますか	はい	いいえ
⑤ケアプラン変更時、課題分析の再検討をしていますか	はい	いいえ
3 ケアプラン第1表		
①利用者や家族の生活に対する意向を把握していますか	はい	いいえ
②認定審査会の意見などを転記し、利用者などに説明しましたか	はい	いいえ
③介護支援専門員・サービス事業者・主治医・家族等のチームケアを生かした総合的な援助方針となっていますか	はい	いいえ
④自立を目指した援助方針となっていますか	はい	いいえ
⑤緊急時が想定される場合、連絡先を記載していますか	はい	いいえ
4 ケアプラン第2表		
①生活全般の課題を本人が受け止められる表現で整理していますか	はい	いいえ
②長期目標が到達目標のステップとなっていますか	はい	いいえ
③短期目標がモニタリングに対応できるものになっていますか	はい	いいえ
④サービスの内容を具体的に記載していますか	はい	いいえ
⑤介護保険以外の社会資源を紹介していますか	はい	いいえ
⑥サービスの内容と給付管理票に矛盾はありませんか	はい	いいえ

5 週間サービス計画表		
①利用者の生活全般を把握していますか	はい	いいえ
②スケジュールに過密などの無理は生じていませんか	はい	いいえ
③2 表に記載されているサービスをすべて記入していますか	はい	いいえ
6 サービス担当者会議		
①新規・更新・区分変更・計画変更時に担当者会議を開催していますか（照会を含む）	はい	いいえ
②開催目的を記載していますか	はい	いいえ
③結論や今後の課題を参加者で合意できましたか	はい	いいえ
④主治医との連携を図っていますか	はい	いいえ
7 モニタリング		
①月に 1 回以上利用者宅を訪問し、面接していますか	はい	いいえ
②1 月に 1 回以上モニタリングの結果を記録していますか	はい	いいえ
③サービスの提供状況・短期目標の達成度・利用者の満足度を評価していますか	はい	いいえ
④モニタリングの結果をケアプランに反映していますか	はい	いいえ
8 居宅介護支援経過		
①公的な記録として記載されていますか	はい	いいえ
②日時と曜日、場所、誰と話したか、TEL・訪問等、明記していますか	はい	いいえ
9 居宅サービス計画書の取り扱い		
①居宅サービス計画を変更するときは、サービス計画作成に伴う一連の業務を行っていますか	はい	いいえ
②居宅サービス計画書の説明・同意・交付の記録を残していますか	はい	いいえ
10 その他		
①医療系サービスとの連携に十分配慮していますか	はい	いいえ
②行政・保険者との連携が必要に応じなされていますか	はい	いいえ
③要支援・要介護 1 の利用者に福祉用具導入がある場合背景要因が明記されていますか	はい	いいえ
④過剰サービスを避ける視点が活かされていますか	はい	いいえ
⑤認知症などで処遇困難な事例の場合、専門機関などの利用を家族に助言していますか	はい	いいえ

(参考文献)

- ・ 介護支援専門員テキスト編集会編集「介護支援専門員基本テキスト」
長寿社会開発センター 2003年
- ・ 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集「介護支援専門員実務研修テキスト」
長寿社会開発センター 2003年
- ・ 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集「居宅サービス計画書作成の手引」
長寿社会開発センター 2010年
- ・ ソーシャル・ケースワーク ～対人援助の臨床福祉学～
中央法規出版 1996年
- ・ 介護報酬の解釈 ①単位数表編 ②指定基準編 ③QA・法令編
社会保険研究所 2012年
- ・ 介護保険制度の解説
社会保険研究所 2012年
- ・ 介護給付費請求の手引き
福岡県国民健康保険団体連合会 2012年
- ・ ケアマネジメントの原則に則った実践の確保対策に関する研究」報告書
(財)長寿社会開発センター 2003年

福岡市介護支援専門員手引書（在宅版）

監修 居宅介護支援専門員業務の手引き検討委員会

発行 平成 17 年 10 月

改訂 平成 19 年 3 月

改訂 平成 26 年 8 月

福岡市保健福祉局高齢社会部高齢者サービス支援課

〒810-8620 福岡市中央区天神 1-8-1

TEL : 092-711-4257 FAX : 092-726-3328